

INSTITUTO SUPERIOR BISSAYA BARRETO



**MECANISMOS DE INTERVENÇÃO EXISTENTES
NAS INSTITUIÇÕES RELATIVAMENTE A
PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PARA
PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA**

Venusa Pereira da Silva

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social

Coimbra, Maio, 2015

INSTITUTO SUPERIOR BISSAYA BARRETO



**MECANISMOS DE INTERVENÇÃO EXISTENTES
NAS INSTITUIÇÕES RELATIVAMENTE A
PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PARA
PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA**

Venusa Pereira da Silva

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Helena Reis para
obtenção do grau de Mestre Gerontologia Social**

Coimbra, Maio, 2015

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO.....	7
PRIMEIRA PARTE- Enquadramento Teórico e Conceptual	9
1. Envelhecimento da População.....	10
1.1. O Envelhecimento Demográfico.....	10
1.2. O Processo de Envelhecimento.....	16
2. Envelhecimento e Demências.....	23
2.1. A Pessoa Idosa com Demência	23
2.2. Doença de Alzheimer.....	28
Diagnóstico.....	29
Fases e Sintomatologia	33
Fatores etiológicos.....	37
A Doença de Alzheimer na Família	38
3. Intervenções junto da população idosa com demência.....	41
3.1. Intervenção a nível institucional/organizativo	42
Respostas Sociais de Apoio ao Idoso	42
A Institucionalização como resposta para a pessoa idosa com demência	45
A Lógica Organizacional do espaço e das áreas.....	49
O papel e importância das equipas multidisciplinares.....	51
3.2. Intervenção ao nível social.....	53
O papel e importância da família no seio de uma intervenção	55
3.3. Intervenção ao nível ocupacional	59
3.4. Intervenção a nível físico e motor.....	64

3.5. Intervenção a nível cognitivo.....	68
Estimulação Cognitiva.....	70
Estimulação Multissensorial.....	72
SEGUNDA PARTE- Estudo Empírico	74
4. Metodologia.....	75
4.1. Objectivos da Investigação	75
Objectivo Geral.....	75
Objectivos Específicos	75
4.2. Amostra.....	76
4.3. Instrumentos.....	76
4.4. Procedimentos de recolha de dados	77
5. Análise e discussão dos resultados	79
Caracterização da amostra	79
Intervenção ao nível institucional/organizativo.....	84
Intervenção ao nível social	93
Intervenção ao nível ocupacional	98
Intervenção ao nível físico/motor	104
Intervenção ao nível cognitivo	108
6. Conclusões e limitações do estudo	112
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	134

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Indicadores de evolução da sociedade portuguesa	12
Tabela 2- Comparação percentual por faixa etária entre 2001 e 2011	13
Tabela 3- Indicadores de Envelhecimento.....	14
Tabela 4- Critérios de diagnóstico para Demência de Alzheimer	30
Tabela 5- Critérios de diagnóstico da doença de Alzheimer	31
Tabela 6- Elementos de Identificação do representante Institucional	79
Tabela 7- Elementos de Caracterização da Instituição	81
Tabela 8- Elementos de caracterização dos utentes.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide de idades em 2001 e 2011	12
Figura 2- Pirâmide etária da população, 1 de Janeiro de 2008 e 2060	15

AGRADECIMENTOS

Na realização deste estudo, tive o privilégio de contar com a preciosa colaboração de um conjunto de pessoas às quais gostaria de agradecer.

Em primeiro lugar, aos meus pais porque sem eles nada disto era possível.

À Professora Doutora Helena Reis e à Professora Doutora Isabel Miguel pela ajuda ao longo de todo este processo, pelas orientações e conselhos.

Às Directoras Técnicas e Técnicas das instituições pelo apoio e disponibilidade que me facultaram para a realização deste estudo.

Ao meu namorado, por toda a paciência e apoio nos momentos de maior fraqueza.

A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero!

RESUMO

Introdução: O fenómeno do envelhecimento da população, uma realidade presente e futura, suscita o desafio de manter a população idosa activa, preservando as suas capacidades cognitivas, sociais e motoras o máximo tempo possível. Nos últimos tempos, com este crescimento, a Doença de Alzheimer tem-se transformado num problema de grandes proporções médicas e sociais. Tendo em conta o número cada vez mais elevado de indivíduos afectados com as demências e o seu impacto associado, torna-se imprescindível fazer um diagnóstico precoce na medida em que se consiga fazer uma intervenção mais adequada à realidade. A falta de conhecimento origina, com frequência, situações de sobrecarga emocional, com repercussões no doente, na família e nos cuidadores. Também em alguns serviços de apoio domiciliário, lares ou centros de dia, devido à falta de equipamentos adequados e à falta de formação específica dos profissionais que aí se encontram, não existe preparação para receber pessoas com demência. **Objectivo geral:** Identificar os mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência e respectivos contributos. **Amostra:** É constituída por 9 representantes de 3 instituições diferentes, com idades compreendidas entre os 26 e 45 anos. Para a análise dos sujeitos, optou-se por fazer uma investigação de carácter qualitativo, na qual se considerou que a entrevista era a técnica mais vantajosa para recolher a informação pretendida. **Resultados:** Salientou-se uma ideia chave e que se centra na base de todas as intervenções realizadas nestas instituições, a Abordagem Centrada na Pessoa. Todas elas disponibilizam serviços individualizados e ajustados à realidade pessoal, familiar, social, psicossocial e situacional de cada idoso com demência, promovendo condições e projectos de vida centrados no respeito da sua identidade e dignidade pessoal, quer em contexto domiciliário, quer em equipamento. Para além de existir uma real preocupação na organização do espaço e do ambiente de cada instituição, há também um trabalho exigente e criterioso na escolha da equipa de colaboradores. **Conclusão:** Estas instituições prezam-se sobretudo pela existência de uma equipa multidisciplinar que acolhe e estimula os seus utentes de forma a contribuir para a manutenção das suas capacidades e melhorar a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: idosos, demência, estimulação, cuidado centrado na pessoa.

ABSTRACT

Introduction: The population ageing phenomenon, a current and future reality, raises the challenge of keeping the elderly active by preserving their cognitive, social and motor abilities as much time as possible. In recent times, with the growth in number of old people, the Alzheimer's disease has become a problem with great medical and social proportions. Bearing in mind the increasing number of individuals affected by dementia and its associated impact, it is vital to make an early diagnosis in order to accomplish a more appropriate intervention to reality. The lack of knowledge frequently leads to situations of emotional overload, with repercussions on the patient, on the family and on the care workers. Besides that, in some domiciliary care services, nursing homes or day centres, not only due to the lack of facilities but also to the lack of professionals with specialized training, there is no preparation to receive people with dementia. **General objective:** To identify the existing intervention mechanisms in institutions regarding stimulation programmes for elderly people with dementia and their respective contributions. **Sample:** Composed by 9 representatives from 3 different institutions, ages ranging from 26 to 45 years old. A research with qualitative character was performed to analyze them and the interview was considered the most advantageous technique to collect the desired information. **Results:** A key idea was pointed out, which is focused on the basis of all performed interventions in these institutions, the Person-Centred Approach. All of them offer individualized and adjusted services to the personal, familiar, social, psychosocial and situational reality of each elderly with dementia by promoting conditions and life projects focused on respect of their personal identity and dignity, whether it is in a home environment or in an institution. In addition to the real concern about the space and environment organization of each institution, there is also a demanding and careful work in the selection of the co-workers. **Conclusions:** These institutions are mainly valued by the existence of a multidisciplinary team that welcomes and stimulates their users in order to contribute to the maintenance of their abilities and to improve their quality of life.

Keywords: elderly, dementia, Stimulation, person-centered care.

INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento demográfico que caracteriza os países industrializados, afectando sobretudo a Europa, tem-se tornado um problema social cada vez mais grave. Deste modo, o facto de existirem cada vez mais indivíduos com mais de 65 anos de idade acarreta problemas de índole económica, política e social. Em consequência, surgem também as designadas doenças da velhice, com especial atenção para as demências. É nesta faixa etária que as doenças crónicas e degenerativas são mais vulneráveis, isto é, as doenças associadas à terceira idade, sendo as demências as mais comuns, e, neste caso concreto, as do tipo Alzheimer.

Presentemente, não existe qualquer intervenção médica conhecida que consiga parar ou prevenir totalmente o aparecimento da deterioração cognitiva associada à demência (Cardoso, 2012 cit in Clare, 2008). Segundo os resultados do Projecto European Collaboration on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe, o tratamento farmacológico em combinação com a intervenção não farmacológica produz resultados benéficos em relação ao nível cognitivo e ao nível comportamental dos doentes com demência, ou seja, estas intervenções favorecem a autonomia do doente durante mais tempo e um alcance da melhoria da qualidade de vida tanto dos enfermos com demência como das suas famílias ou cuidadores (Lima, 2006).

Tendo em conta o número cada vez mais elevado de indivíduos afectados com demência, inclusive a nível institucional, e as dificuldades dos cuidadores formais e informais face aos comportamentos desafiantes, tem levado os investigadores a aprofundarem o conhecimento científico relativamente a intervenções de estimulação das pessoas com demência. Porém, a maioria dos estudos que foram desenvolvidos possuem amostras pequenas e sem descrição detalhada da intervenção, limitando a reprodução de muitos dos estudos. É neste sentido que se torna imprescindível fazer um diagnóstico precoce na medida em que se consiga fazer uma intervenção mais adequada à realidade. Assim, o intuito fundamental deste estudo é identificar os mecanismos de intervenção utilizados nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência e identificar os respectivos contributos.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte – Enquadramento Teórico e Conceptual – é apresentada uma revisão das linhas de orientação teóricas em três pontos. O primeiro refere-se a uma abordagem mais de enquadramento geral, onde

é introduzida a temática do envelhecimento, o conceito e a sua evolução demográfica. Também aqui se fará referência às principais modificações associadas ao processo de envelhecimento, dando especial ênfase aos problemas de dependência, incapacidade e perda de autonomia. O ponto 2 é dedicado ao envelhecimento e às demências associadas, tal como a Doença de Alzheimer que se apresenta como uma das formas mais comuns da demência. No terceiro, abordam-se as intervenções existentes para a população idosa com demência, na qual está incluída a intervenção ao nível institucional, ao nível social, cognitivo, ocupacional e físico.

A segunda parte – Estudo Empírico – apresenta o estudo de campo, organizando-se em três pontos. No ponto 4 apresenta-se o enquadramento do estudo, bem como os objectivos e procedimentos metodológicos adoptados; e é ainda realizada a apresentação dos instrumentos seleccionados e a caracterização da amostra. No ponto 5 procede-se à discussão e análise dos resultados em confronto com a literatura.

Por último, termina-se esta dissertação com as conclusões que se considerou pertinente retirar do desenvolvimento do trabalho, apontando os seus contributos, limitações e futuras linhas de investigação.

PRIMEIRA PARTE- Enquadramento Teórico e Conceptual

1. Envelhecimento da População

1.1. O Envelhecimento Demográfico

Estudar e compreender a velhice e o envelhecimento humano é, sem dúvida, perante a evolução sociodemográfica, um importante desafio para a sociedade contemporânea (Almeida, 2013). Foi sobretudo após a segunda metade do século XX que as comunidades europeias se confrontaram com o chamado duplo envelhecimento da pirâmide etária (na base e no topo) que tem como resultado a diminuição da população com menos de 15 anos e o aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos (Ferreira, 2013).

Os idosos estão a tornar-se na Europa, e também em Portugal, uma população em forte crescimento. Segundo Serafim (2007), este grupo adquire cada vez “mais espaço, densidade, organização e força” (p.68). Refere ainda que esta força pode ser social, tendo em conta o número de idosos; cultural, pelos seus saberes e experiência; económica, pelos seus gastos e consumos; política, pelo peso dos seus votos; e de intervenção, pela sua disponibilidade (Serafim, 2007).

Sem dúvida, que as alterações demográficas têm provocado na nossa sociedade transformações muito profundas, tanto a nível económico, como social. O envelhecimento da população a um ritmo acelerado foi a alteração mais importante da evolução demográfica recente. Tal facto deve-se ao declínio da população jovem em consequência da redução dos índices de natalidade e mortalidade e à existência de fortes fluxos migratórios (Ribeiro, 2001).

Para Simões e Albuquerque (2011), fruto do melhoramento das condições gerais de vida e de saúde, dos progressos da medicina, das descobertas farmacológicas e de uma melhor nutrição, a taxa de mortalidade sofreu um grande declínio e consequentemente aumentou a esperança de vida da população. Aliado a estes factores existe ainda a redução da taxa de natalidade em conjunto com os fluxos migratórios, que provoca um grande aumento do envelhecimento demográfico da população. Serafim (2007) menciona que todos estes factores originaram “uma clara transformação na constituição etária dos indivíduos” (p.72), a qual gerou um aumento progressivo das pessoas com idade superior a 60 anos e ainda um aumento do número de indivíduos com mais de 80 anos.

Este fenómeno do envelhecimento deve-se, sobretudo, ao aumento da percentagem de pessoas com idade avançada, sobretudo nos países industrializados. De forma a entender estatisticamente este acontecimento, num estudo realizado por Bandeira e Cabral (2012), são referidos vários e habituais indicadores de envelhecimento, nomeadamente o índice de dependência, índice de envelhecimento e índice de longevidade e na qual merecem destaque.

Como se pode verificar na Tabela 1 é fácil perceber o aumento, por um lado, da esperança média de vida à nascença e, por outro, a diminuição da taxa de natalidade.

No que diz respeito à esperança de vida à nascença, esta era no nosso país e nos anos 60, de 60,7 anos para o sexo masculino e de 66,4 anos para o sexo feminino. Já em 2010 os valores aumentaram para 73,3 anos para o sexo masculino e 80,1 para o sexo feminino. Todavia, os dados divulgados recentemente pelo *site* da PORDATA (2013)¹, revelam-nos que a esperança de vida à nascença, em 2013, situa-se nos 76,7 anos para os homens e em 82,6 para as mulheres. Deste modo, pode-se concluir que a esperança de vida tem sofrido um aumento exponencial desde 1960 e que as mulheres vivem mais anos que os homens (Almeida, 2013).

Relativamente à taxa de natalidade, esta era, em 1960, de 24,1% e em 2011, esta sofreu uma queda acentuada, reduzindo os valores para 9,2%. A população idosa tem aumentado constantemente ao passo que a população jovem tem vindo a diminuir e, por esses motivos, estamos perante um duplo processo de envelhecimento, na base e no topo (Ferreira, 2013).

¹ www.pordata.pt

Tabela 1- Indicadores de evolução da sociedade portuguesa

	1960	1970	1981	1991	2001	2011
População residente total*	8 889 392	8 611 125	9 833 014	9 867 147	10 356 117	10 562 178
População residente com menos de 15 anos*	2 591 955	2 451 850	2 508 673	1 972 403	1 656 602	1 572 329
População com menos de 15 anos em % da população residente*	29,2	28,5	25,5	20	16	14,9
População residente de 15 a 64 anos*	5 588 868	5 326 515	6 198 883	6 552 000	7 006 022	6 979 785
População com 15-64 anos em % da população residente*	62,9	61,9	63	66,4	67,7	66,1
População residente com 65 anos e mais*	708 569	832 760	1 125 458	1 342 744	1 693 493	2 010 064
População com 65 e mais anos em % da população residente*	8	9,7	11,4	13,6	16,4	19
População residente com 75 e mais anos*	238 121	272 790	384 812	527 948	701 366	961 925
% mulheres na pop. residente*	52,1	52,6	51,8	51,8	51,7	52,2
Índice de Envelhecimento (idosos/jovens x 100)*	27,3	34	44,9	68,1	102,2	127,8
Índice de Sustentabilidade Potencial (indivíduos em idade activa/idosos)*	7,9	6,4	5,5	4,9	4,1	3,5
População estrangeira em % da população residente	X	X	0,6	1,1	3,4	4,1 (pro) (6)
Taxa bruta de mortalidade (‰)	10,7	10,7	9,7	10,4	10,1	9,7
Taxa de mortalidade infantil (‰)	77,5	55,5	21,8	10,8	5	3,1
Esperança de vida à nascença do sexo masculino	60,7	64	68,2	70,6	73,3 (5)	
Esperança de vida à nascença do sexo feminino	66,4	70,3	75,2	77,6	80,1 (5)	
Taxa bruta de natalidade (‰)	24,1	20,8	15,4	11,7	10,9	9,2
Índice sintético de fecundidade	3,2	3	2,1	1,6	1,5	1,4
Idade média da mãe ao nascimento do 1.º filho	25	24,4	23,6	24,9	26,8	29,2
Taxa de atividade (população ativa/população com 15 e mais anos) (%) (1)	X	X	64,4 (2)	63,8	61,3	61,8
Pensionistas – Segurança Social	56 296	187 297	1 719 685	2 230 326	2 528 926	2 943 645
Pensão média anual (euros – preços constantes 2006) (despesa com pensões/total de pensionistas) – Segurança Social (3)	907,6	1 431,9	1 716,7	2 384,4	3 405,0	3896,7
Despesa anual Segurança Social (milhares de euros – preços constantes 2006) (4)	345 245,3	1 430 334,3	5 335 840,9	9 418 550,8	15 907 661,3	27 534 523,1

Fonte: PORDATA, 2013

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica são evidentes na comparação das pirâmides de idades em 2001 e 2011 (Figura 1).

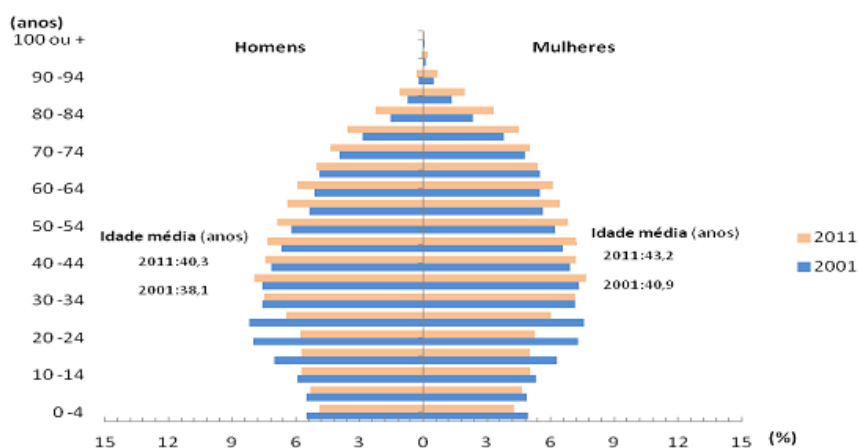


Figura 1- Pirâmide de idades em 2001 e 2011

Fonte: Pordata, 2012

Pode-se afirmar que, o que aconteceu nas últimas décadas foi um aumento acentuado nos indicadores de envelhecimento. Este caracteriza-se pela relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

Segundo os indicadores do INE (Tabela 2), estamos perante um “duplo envelhecimento”. Os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade.

Tabela 2- Comparação percentual por faixa etária entre 2001 e 2011

Grupos etários	% 2001	% 2011
0-14 anos	16%	14,9%
15-64	67,7%	66,1%
+ 65 anos	16,4%	19%

Fonte: INE, Censos 2001 e Censos 2011

Um outro dado interessante está relacionado com o aumento da população residente com 75 ou mais anos que sofreu um aumento de 238.121, em 1960, para 961.925, em 2011, indicando portanto que o segmento mais idoso da população idosa é aquele que mais tende a crescer e que a esperança média de vida nas idades mais avançadas é, nos dias de hoje, de quase 17 anos a mais para os homens e de 20 anos a mais para as mulheres (Almeida, 2013 cit in Rosa, 2012).

Os dados estatísticos apresentam que, no início dos anos 40 do século XX, menos de metade (46%) dos indivíduos atingiam, em Portugal, os 65 anos; hoje, a quase totalidade (87%) alcança essa idade. É possível observar este facto, no índice de longevidade apresentado na tabela abaixo.

Tabela 3- Indicadores de Envelhecimento

Anos	Índice de envelhecimento (A)	Índice de dependência total (A)	Índice de dependência jovens (A)	Índice de dependência idosos (A)	Índice de longevidade (B)
1960	27,3	59,1	46,4	12,7	33,6
1970	34,0	61,7	46,0	15,6	32,8
1981	44,9	58,6	40,5	18,2	34,2
1991	68,1	50,6	30,1	20,5	39,3
2001	102,2	47,8	23,6	24,2	41,4
2011	127,8	51,3	22,5	28,8	47,9

Fonte: INE, PORDATA, 2013

Outro dado a que se pode também dar destaque (Tabela 3) e que está associado à diminuição da mortalidade e ao consequente aumento da esperança de vida é a taxa de mortalidade infantil que, desde os anos 60, tem vindo a descer, passando de 77,5% para 3,1%, em 2011 (Almeida, 2013). Similarmente os níveis de fecundidade baixaram de 3,2%, em 1960, para 1,4%, em 2011; daqui decorreu o decréscimo do número de nascimentos traduzido na taxa de natalidade.

Por último, importa referir, que o envelhecimento da população é evidente nos resultados apresentados pelos estudos demográficos atuais e nas projecções que se fazem a curto e a médio prazo.

De acordo com a Comissão das Comunidades Europeias (CCE), o número de pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos passou a aumentar após 2010 e até cerca de 2030. Se a tendência se confirmar, esta população será mais activa, pois, gozará de melhor saúde e terá mais rendimentos. As suas opções passarão ainda por uma maior participação na vida em sociedade, nomeadamente no sector associativo (CCE, 2006).

Tendo em conta esta realidade, a Figura 3 mostra-nos o cenário possível realizado pelo INE para o ano de 2060, de um maior alargamento do topo da pirâmide. Para este alargamento, contribuirá o aumento da população com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060 (INE, 2009). De acordo com a mesma fonte, o índice de envelhecimento da população irá

aumentar, pelo que, no cenário central, em 2060 irão residir em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens.

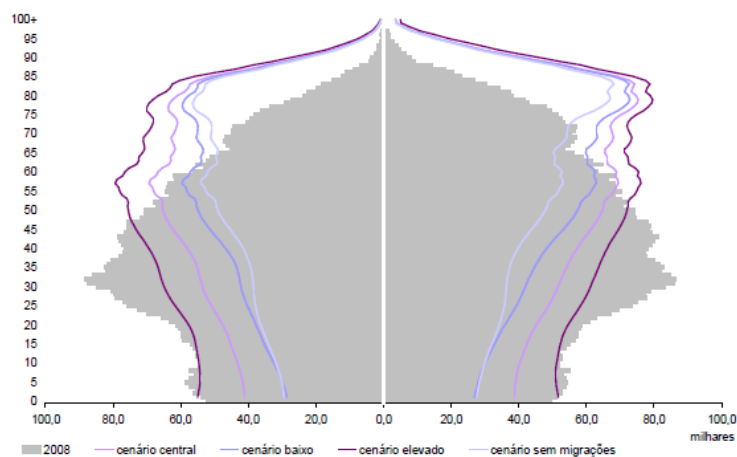


Figura 2- Pirâmide etária da população, 1 de Janeiro de 2008 e 2060

Fonte: INE (2009)

Como se pode constatar pelos dados estatísticos acima apresentados, Portugal é hoje um país “ (...) confrontado com a constatação de ser o mais envelhecido na sua população (...) ” (Ferreira, 2000, p.21). Segundo Kofi Annan², “estamos no meio de uma revolução silenciosa que transcende a demografia”, o que levanta várias questões sociais, nomeadamente em relação aos meios de subsistência e à qualidade de vida dos idosos, aos sistemas de segurança social e de saúde e ao estatuto do idoso na sociedade.

Para Fazendeiro (2012), no futuro, o número de idosos será sem dúvida cada vez maior, com um nível de educação e exigência superior e “poderão ser também menos tolerantes a respostas imediatas e massificadas e, na presença de doença, irão requerer recursos especializados de apoio, sofisticados e humanizados, apelando a boas práticas institucionais” (p.8). Esta autora menciona ainda que este será um grande desafio para todos os profissionais na medida em que terão que planear e adequar os serviços para este novo público.

Partilhando do mesmo pensamento, Serafim (2007) alude para o facto de que “é da máxima importância proporcionar condições adequadas aos nossos idosos, fazendo com que eles se sintam activos e importantes no meio em que estão inseridos” (p.80).

² Fonte: www.onuportugal.pt

Contudo, não importa aqui discutir estas questões, mas sim entender o fenómeno do envelhecimento demográfico, fazendo uma abordagem à problemática da velhice, bem como aos conceitos e características que lhe estão subjacentes.

1.2. O Processo de Envelhecimento

“O desenvolvimento do novo, e em geral único, ser humano começa no momento da fecundação, da mesma forma que o processo de envelhecimento” (Seeley, Stephens & Tate, 1997, p.1046).

Ao procurar num dicionário de língua portuguesa a definição de envelhecimento, esta remete-nos para envelhecer, termo ligado à idade, “aumentar anos de vida; passar o uso, o emprego; enfraquecer, apagar-se; estar próximo do fim” (Machado, 1991, p.614). Por velhice entende-se “idade avançada; período que, na vida humana, se sucede à idade madura; caducidade (Machado, 1991, p.548)

De acordo com Costa (1999), o processo de envelhecimento deve ser entendido como um processo construtivo e dinâmico. Tão normal e universal, o envelhecimento deve ser encarado como um processo natural, decorrente do desenvolvimento humano. Para Baldassin (1993) “...a velhice não se define só pelo calendário” (p. 492), começa sim logo no dia em que nascemos.

O envelhecimento é encarado “de forma diferente, consoante as sociedades, épocas históricas e as perspectivas teóricas ou científicas que subjazem à sua leitura (Gonçalves & Oliveira, 2011, p. 245) e por isso torna-se importante referir alguns autores que estudaram o envelhecimento.

Ladislav (1994) define envelhecimento como sendo uma perda gradual e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às circunstâncias do ambiente. No que se refere ao sector individual, para Bagagem (1992), o envelhecimento é um “conjunto de modificações morfológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos” (p.159). Esta ideia também é partilhada por Barreiros (1999) que alude para o envelhecimento como um fenómeno biossocial de regressão, que é comum a todos os seres vivos, e que tem implicações como a “perda de capacidades ao longo da vida” (p.63).

Fala-se correntemente deste processo como de um estado correlacionado com a “terceira idade” ou “quarta idade”. Não obstante, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo fisiológico e universal que apresenta uma dinâmica própria, relacionada com a degradação progressiva e diferencial do próprio organismo (Fontaine, 2000).

Desta forma, e face ao seu carácter multidimensional (biológico, psicológico e sociológico), torna-se impossível datar o seu começo, uma vez que é um processo individual e heterogéneo, na qual cada indivíduo possui uma velocidade própria para envelhecer (Ribeiro, 2001).

Tal como foi referido anteriormente o processo de envelhecimento apresenta três componentes essenciais: biológica, psicológica e social. Paúl (2005), Lima (2010) e Figueiredo (2007) defendem que a componente biológica resulta da crescente fragilidade e maior probabilidade de morrer, a que se denomina de senescência; a componente social refere-se aos papéis sociais, apropriados às expectativas da sociedade para esta faixa etária; e a componente psicológica determina a auto-regulação do indivíduo na tomada de decisões. Assim, e tal como menciona Fonseca (2005), o envelhecimento tem que ser visto como um fenómeno bio-psico-social de cariz individual e, apesar de existir um predomínio da dimensão biológica, não se pode analisar este fenómeno sem ter em conta todas estas componentes (Ferreira, 2013).

Na mesma linha de pensamento outros autores defendem a existência destas três componentes. Conforme refere Cabete (2005), o envelhecimento biológico compreende “a lentificação de processos e de perda de capacidades, como sejam a diminuição da captação máxima de oxigénio, do débito cardíaco, da função renal, da função digestiva e da água intracelular” (p. 8). O envelhecimento psicológico, segundo Moniz (2003), relaciona-se com o comportamento do idoso em relação às mudanças do ambiente, incluindo a memória, a inteligência e as motivações” (p. 50). Já o envelhecimento social para Hernández (2000), designa o papel que os indivíduos devem desempenhar na sociedade onde estão inseridos. Costa (1998) remete-nos ainda para uma outra componente, a do envelhecimento cronológico que se prende com o facto de que a idade cronológica do indivíduo é aquela que consta na certidão de nascimento e que não pode ser negada (Cramês, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), o indivíduo é considerado idoso nos países em desenvolvimento, sendo que nos países desenvolvidos o limite é de 65 anos. Define a velhice como o prolongamento e término do processo de envelhecimento, sendo este um fenómeno caracterizado por um conjunto complexo de modificações biológicas, psicológicas e sociais ininterruptas que alteram a relação da pessoa com o meio e com a sua própria história.

Uma vez que é difícil a delimitação do período em que se considera o ser humano como idoso, na perspectiva de Fontaine (2000) e de Cancela (2007) deve-se considerar diferentes tipos de idades: a idade cronológica, que é aquela que um sujeito tem em função do tempo decorrido desde o momento em que nasce até ao momento presente (Imaginário, 2004); a idade biológica que se refere ao envelhecimento orgânico, isto é, que corresponde ao estado funcional dos órgãos e das funções vitais (Imaginário, 2004); a idade psicológica diz respeito à personalidade e às emoções do indivíduo e às competências comportamentais que este é capaz de mobilizar face às mudanças do meio (Fontaine, 2000); por último, a idade social que se refere aos papéis, aos estatutos e aos hábitos do indivíduo no seio da sociedade (Oliveira, 2008).

O envelhecimento e a velhice são, neste contexto, duas fases da vida, cujas mudanças tendem a potencializar-se mutuamente e que requerem uma adaptação por parte do idoso.

Porém, este processo nem sempre é tarefa fácil e muitos dos idosos têm dificuldade em atravessar este período da melhor forma, podendo resultar momentos de crise, que por sua vez, ameaçam a sua auto-estima e perturbam o seu estilo de vida, produzindo efeitos nefastos sobre a percepção que os idosos têm de si próprios, comprometendo, desta forma, a sua integridade física e psíquica.

De acordo com Cabete (2005), o envelhecimento trata-se de um “(...) processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece com o passar do tempo” (p.5). Assim sendo, pode-se contrapor com a ideia de Birren e Cunningham (1985, cit. por Fonseca, 2006), que preconizam que o desenvolvimento de um envelhecimento normal (não implica doença) ou patológico (onde há doença e que se torna a causa mais próxima da morte) reflecte no comportamento dos sujeitos ao longo da vida, isto é, a forma como envelhecemos tem em conta a forma como nos desenvolvemos (Fonseca, 2006).

De facto, todos os organismos possuem o seu tempo limitado de vida e na qual, segundo Cancela (2007), sofrem mudanças fisiológicas com o passar do tempo e que pode ser dividido em três fases: a *fase do crescimento e desenvolvimento*, na qual ocorre o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos órgãos; a *fase reprodutiva* que se caracteriza pela capacidade do indivíduo de se reproduzir, garantindo a sua sobrevivência; e, por último, a fase da *senescência ou envelhecimento*, que se caracteriza pelo declínio da capacidade funcional do organismo (Cramês, 2012).

Lidz (1993, cit in Fernandes, 2002) considera a existência de 3 fases distintas no processo de envelhecimento, podendo o idoso passar sequencialmente por todas elas, por nenhuma, ou até passá-las em simultâneo: a *fase de idoso* (não ocorrem alterações significativas); a *fase da senescência* (começam a ocorrer alterações físicas ou de outra natureza, que levam à necessidade de confiar nos outros) e a *fase da senilidade* (o cérebro é afectado, tornando o indivíduo dependente e a necessitar de cuidados completos). Para este autor, a particularidade principal da velhice é o declínio, normalmente físico, que leva a modificações sociais e psicológicas, como a senescência e a senilidade (Cramês, 2012).

Deste modo, a senescência é “um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica” e de perdas funcionais do organismo, sendo o seu sinal mais evidente “a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente” (Berger, 1985, p.125). Pode ser considerada um envelhecimento sadio, um aumento de probabilidade de morte, com o avançar da idade (Lidz, 1983). A senescência é um processo natural e não é sinónimo de senilidade, termo que designa uma degenerência patológica associada à velhice, mas que tem origem em funções orgânicas (Berguer & Poirier, 1996).

A senilidade equivale ao envelhecimento patológico, que se caracteriza pelo declínio físico associado à desorganização mental. Para Lidz (1983), esta pode ocorrer prematuramente pois identifica-se com uma privação notável no funcionamento físico e cognitivo observável pelas “alterações na coordenação motora, alta irritabilidade e uma considerável perda de memória” (Cramês, 2012, p. 9).

Fisicamente verifica-se uma perda significativa da sensibilidade sensorial (nomeadamente visão e audição) que promovem um declínio na capacidade perceptiva do idoso, bem como uma maior dificuldade nas funções de motricidade, tendo como

consequência a diminuição da rapidez dos reflexos e da execução dos gestos (Ribeiro, 2001).

A nível intelectual, o senescente sofre uma redução da capacidade perceptiva e uma progressiva diminuição do raciocínio e da memória a curto prazo, dificultando-lhe o desempenho de tarefas que exijam rapidez de execução ou memória imediata. Em contrapartida, a memória a longo prazo (fixação) mantém-se. As modificações na estrutura da personalidade e nas reacções emocionais do idoso são também características desta nova etapa, sendo um prolongamento e reflexo do seu passado (Ribeiro, 2001).

Fonseca (2006) refere que, dado que as fronteiras entre o envelhecimento normal e o envelhecimento patológico são frequentemente indefinidas, Birren e Cunningham (1996) procuraram clarificar esta divisão readquirindo e actualizando os padrões de envelhecimento *primário* e *secundário* e acrescentando um novo padrão, o envelhecimento *terciário*. Deste modo, o envelhecimento primário “ocorre quando as mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento são irreversíveis, progressivas e universais” (Serafim, 2007, p.21), ou seja, é o que se encontra dentro da normalidade, sem o aparecimento de patologias; o envelhecimento secundário relaciona-se com a doença, ou seja, neste envelhecimento as “mudanças são causadas por doenças que são dependentes da idade, sendo o tempo vivido significativo para o aumento da probabilidade de exposição a elementos de risco, apresentando ao organismo uma crescente vulnerabilidade com o avançar da idade (doença de Alzheimer, depressão, entre outras” (Serafim, 2007, p. 22). Ainda assim, estas mudanças causadas pela idade, podem ser reversíveis ou prevenidas. O envelhecimento terciário representa o período de deterioração, mais ou menos longo, próximo da morte de um indivíduo (Ferreira, 2013).

A dificuldade sentida no estabelecimento de fronteiras da velhice é claramente notória, como já foi ilustrado anteriormente, todavia surge um outro obstáculo, que se prende com a eventualidade de operacionalizar uma tipologia ou classificação desta faixa etária (Fonseca, 2006).

A criação de fronteiras etárias ao longo do envelhecimento parece ser um factor reconhecido ultimamente pelos investigadores que estudam o envelhecimento humano e que neste caso, o dividem em categorias: 50-64 anos, 65-74 anos e 75-84 anos (Paúl,

Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001; Schroots, Fernández-Ballesteros & Rudinger, 1999, cit. por Fonseca, 2006).

Tendo em conta as diferenças no processo de envelhecimento e a sua grande variabilidade, Baltes e Smith (1999, 2003 cit. in Fonseca, 2006) defendem a importância duma distinção entre uma “3ª idade” e uma “4ª idade”, sendo que esta preposição foi baseada originalmente pela distinção proposta por Neugarten, que instituiu assim duas categorias de velhice: “os jovens idosos” (“young-old”), dos 55 anos aos 75 anos, e os “idosos-idosos” (“old-old”). Basicamente estes autores sugerem duas perspectivas específicas: a perspectiva baseada na *demografia da população* que defende que a “transição da terceira para a quarta idade ocorre quando 50% da respectiva coorte já não se encontra viva” (Gonçalves, 2009, p.18) e a perspectiva *baseada no indivíduo* que determina o tempo máximo de vida para cada pessoa na transição da terceira para a quarta idade, ou seja, baseia-se, segundo as atuais evidências, e excluindo determinadas doenças que limitam o tempo de vida, no cálculo que uma pessoa possa viver no máximo entre 80 a 120 anos (Fonseca, 2006).

Para Baltes e Smith (2003, cit. por Fonseca, 2006), se à 3ª idade estão associadas algumas expectativas positivas, tais como o aumento da esperança de vida, um grande potencial de forma física e mental, a existência de reservas cognitivo-emocionais, um envelhecimento bem-sucedido e de bem-estar emocional, bem como a utilização de estratégias úteis na gestão dos ganhos e das perdas subjacentes à velhice, à 4ª idade associam-se características menos boas ou até mesmo más, passando pelas perdas significativas no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem, bem como um aumento nos sintomas de *stress* crónico, pela prevalência de síndromes demenciais (por volta de 50%), e por altos “níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade” (Baltes & Smith, 2003, cit. por Fonseca, 2006, p.79).

Estas conclusões sustentam-se pelo *Estudo de Berlim sobre o envelhecimento* (“Berlin Aging study- BASE”) (Baltes & Mayer, 1999, cit. por Fonseca, 2006), que veio permitir a confirmação de que as pessoas que integram a 3ª idade possuem um perfil de envelhecimento com um grau de plasticidade mais elevado e, por isso, são detentores de uma capacidade notável de ajustamento face às perdas que vão acontecendo. Tal pesquisa também demonstra que na 4ª idade, todos os sistemas de comportamento direccionam-se para um perfil negativo. Fundamentalmente, a 4ª idade não se traduz numa simples continuação da 3ª idade, pois existe entre os mais idosos uma alta

prevalência de disfunções e um baixo potencial funcionamento (Baltes & Smith, 2003, cit. por Fonseca, 2006).

De uma forma geral, “o processo de envelhecimento não se inicia no mesmo período nem se desenvolve ao mesmo ritmo e não atinge o mesmo grau de degenerescência para todos os sistemas orgânicos” (Cramês, 2012, p. 12). As transformações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo distinto de pessoa para pessoa, dependendo de factores externos, tais como os estilos de vida, as actividades que um indivíduo desenvolve, o ambiente onde se insere e os cuidados de saúde; e de factores internos, como o factor genético e o estado de saúde. Portanto, em alguns sujeitos o envelhecimento manifesta-se por um desgaste do sistema cardiovascular e em outros casos por um envelhecimento precoce do sistema nervoso ou por um declínio funcional de outros órgãos (Cramês, 2012).

Sem dúvida, que o aumento do número de idosos traz consigo forçosamente uma maior prevalência de doenças associadas à idade. Entre essas doenças, cujo risco aumenta à medida que se avança na escala etária, assinalam-se pela sua importância as enfermidades cardiovasculares, as osteoarticulares, e as de tipo demencial. Trata-se de patologias muito frequentes no seio da população idosa, que ocasionam grande repercussão funcional e consequentemente geram situações de dependência (Costa, 2011; Fonseca, 2006; Sequeira, 2010).

2. Envelhecimento e Demências

2.1. A Pessoa Idosa com Demência

O desgaste normal sofrido pelo corpo humano ao longo da vida, e todas as mudanças que ocorrem ao longo da mesma tanto a nível físico, psíquico ou social, traduzem-se num quadro patológico, podendo atingir qualquer indivíduo. Determinadas doenças, segundo Guite (2000) acontecem com pessoas relativamente sãs e são evidências de um processo normal de envelhecimento, a que se chama de senescência. Dada a progressiva perda funcional, diversos órgãos e sistemas podem apresentar alterações que se vão traduzindo em diversas doenças ao longo do tempo.

É fundamental destacar o valor da prevenção de diversas enfermidades, mediante atitudes física, mental e psicologicamente saudáveis. Existem, entretanto, algumas doenças mais comuns aos idosos, tais como o Alzheimer, Parkinson, Osteoporose, Diabetes, entre outras.

A gradual deterioração das funções cognitivas está intimamente ligada com o processo fisiológico de envelhecimento. Contudo, segundo Moreira & Oliveira (2005), a perda progressiva da memória, associada a episódios de desorientação e confusão, pode ser considerada indício de demência.

A palavra demência é oriunda do latim *dementia* (*de*: fora; *mentis*: espírito, razão, sabedoria) (Circulo de Leitores, 2003) que significa fora da razão.

Reza a história que as perturbações mentais são alvo de interesse e estudo desde a antiguidade, ora vejamos:

- ✓ Na época dos Egípcios já se compreendia que a idade podia ser acompanhada por uma perturbação da memória (Valente, 2006);
- ✓ No período greco-romano classificou-se nosologicamente o termo demência enquanto doença mental; defendia-se que os fenómenos de deterioração cognitiva estavam relacionados com a velhice; os termos *delirium* e demência foram introduzidos na medicina e distinguiu-se, pela primeira vez, as perturbações mentais agudas das crónicas (Valente, 2006 e Garcia, 1995);

- ✓ A Idade Média foi um período na qual houve uma quase total paralisia no que se refere ao desenvolvimento das ciências, pois todos os fenómenos eram explicados através do misticismo (Valente, 2006);
- ✓ Com o arranque da Idade Contemporânea distinguiu-se demência como sendo um défice intelectual adquirido no qual a perda de faculdades mentais conduzia à doença e ainda se diferenciaram três tipos de demência: a demência aguda, a demência crónica e a demência senil (que aparecia na velhice) (Garcia, 1995);
- ✓ Nos finais do século XIX foi introduzido o conceito de demências orgânicas relacionando-o com as psicoses que resultam de doenças crónicas do sistema nervoso central; foi também descrito o termo demência pré-senil correlacionado com a idade (Valente, 2006 e Garcia, 1995);
- ✓ Já no século XX desenvolveram-se estudos sobre atrofia cerebral localizada; diferenciaram-se as demências corticais (por exemplo, demência de Alzheimer) das demências subcorticais (por exemplo, doença de Parkinson) (Valente, 2006).

Actualmente, a maior parte dos autores mencionam apenas aos défices cognitivos que a demência determina. Desta forma, a demência, segundo a *American Psychiatric Association* (2002), é um “síndrome que pode ser causado, ou expresso por défices cognitivos múltiplos, os quais incluem falhas de memória e de pelo menos um dos seguintes sintomas: afasia, apraxia, agnosia ou inibição da função de execução. Os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representarem um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento. (...) A demência pode estar etiológicamente relacionada com um estado físico geral, com os efeitos persistentes da utilização de substâncias, ou com uma combinação destes factores” (p.68).

Grilo (2009) define demência como “uma deficiência adquirida do funcionamento cognitivo, que cria limitações de forma progressiva nas actividades sociofamiliares e profissionais do indivíduo” (p.17). Por sua vez, a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde, décima revisão, (I.C.D 10- Classification of Mental and Behavioural Disorders, 1992) define demência como sendo: “uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o

raciocínio. O estado de consciência não está enevoado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação” (Costa, 2011, p.18). Na mesma linha, Prince & Jackson (2009) referem que a demência é uma síndrome (conjunto de sintomas e sinais) associada à doença mental caracterizada então pela deterioração global e progressiva da inteligência (Marques, 2013; Oliveira, 2008; Santana, 2005).

Como já foi referido anteriormente, para realizar um diagnóstico de demência as alterações ocorrentes (como a diminuição da memória, da linguagem, da atenção, do pensamento e outras) devem ser persistentes no tempo e comprometer a funcionalidade de uma pessoa (Cardoso, 2012; Guerra, 2012).

Segundo a APA (2002), os défices de memória são visíveis nas pessoas com demência quando estas vêm a capacidade para aprender coisas novas a diminuir ou para esquecer dados anteriormente adquiridos. Da mesma forma, a instalação de afasia (perturbação da linguagem que se caracteriza pela dificuldade em nomear pessoas e objectos, incompreensão da linguagem escrita e falada e incapacidade de repetição da linguagem), apraxia (manifesta-se pela diminuição da capacidade de execução de actividades motoras, tais como a incapacidade para se vestir, abrir uma porta, desenhar para executar gestos ou usar objectos (Martins, 2006; Nunes & Pais, 2007)), agnosia (incapacidade em reconhecer ou identificar objectos, lugares, sons, cheiros mesmo quando a função sensorial se mantém intacta); e a alteração de funções superiores (dificuldade de pensamento abstracto e de planear, iniciar, sequenciar, monitorizar e parar um comportamento complexo) têm impacto na identidade única do sujeito (Cardoso, 2012; Oliveira, 2008; Mendes, 2012; Sequeira, 2007; Oliveira, 2010; Firmino, 2006).

Devido a um conjunto de perturbações (reversíveis e irreversíveis) e estados associados, a demência pode ter diversas classificações. Uma delas refere-se à distinção das demências pré-senis, que surgem antes dos 65 anos, e demências senis que surgem depois (Fontaine, 2000). Outra classificação diferencia as demências irreversíveis, que são as incuráveis, das demências reversíveis, que de algum modo podem ser “contidas ou anuladas se a sua causa for tratada com êxito antes de ocorrer lesão cerebral significativa” (Oliveira, 2008, p.25).

Uma terceira classificação prende-se com a localização da doença. Deste modo, as demências não degenerativas dizem respeito às lesões cerebrais de localização variável, como os traumatismos cranianos, a demência vascular, a depressão, os tumores, entre outros (Garcia, 1995). Por sua vez, as demências degenerativas devem-se a lesões cerebrais, cuja localização é conhecida, tal como doença de Alzheimer, e a algumas perturbações neurológicas (doença de Parkinson, demência dos Corpos de Lewy) (Guerra, 2012). Dentro destas, ainda se podem dividir em corticais e subcorticais. As primeiras referem-se a lesões no córtex cerebral, cujos “distúrbios de memória traduzem um défice da aprendizagem que inclui afasia, agnosia e acalculia” (Oliveira, 2008, p.25); e as segundas referem-se a lesões de estruturas cerebrais profundas, “onde o defeito cognitivo resulta de um compromisso das influências dessas estruturas sobre o córtex” (Oliveira, 2008, p.25).

Não se pode considerar o envelhecimento como uma causa natural do despoletar de um processo demencial, contudo pode ser considerado como um factor de risco (Mendes, 2012). Segundo uma pesquisa realizada por Jorm, em 1987, a incidência e a prevalência das demências aumenta rapidamente com a idade, duplicando a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade, verificando-se uma predominância de 21% para os homens e 25% para as mulheres aos 85 anos e de 36% e 41% respectivamente aos 95 anos de idade (Pereira, 2011).

Apesar deste síndrome não ser exclusivo da pessoa idosa, podendo ocorrer em qualquer idade (Mendonça e Garcia, 2006), a verdade é que tem existido um aumento da prevalência desta doença entre as pessoas idosas (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente de Alzheimer, 2004; Pereira, 2011). De acordo com alguns dados estatísticos, prevê-se que cerca de 7,1% de pessoas com mais de 65 anos de idade sofra de um qualquer tipo de demência (Marques, Firmino et al., 2006; Santana, 2005; Nunes, 2005) nomeadamente, desses 60% estão com Alzheimer. Também os dados apresentados recentemente pela Alzheimer Portugal, indicam que no nosso país existem cerca de 153 000 pessoas com demência, das quais 90 000 têm precisamente a doença de Alzheimer. Ainda no nosso país, a taxa de mortalidade causada por esta doença, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos é 16,5 e, para a faixa etária de 75 e mais anos, é de 158,5 o que representa o número de óbitos, de residentes no país, para ambos os géneros, por cada 100.000 habitantes (INE, 2002). Na Europa, são mais de 7,3 milhões de pessoas com demência, estimando-se que estes números possam duplicar

nas próximas 3 décadas. Significa isto que em 2040 existirá 1,4 milhões de europeus com demência, isto é, o correspondente a cerca de 150% do total da população portuguesa actual (Alzheimer Portugal, 2009; Wortmann, 2012; Woodford, 2009).

Face ao apresentado, torna-se fundamental padronizar os critérios de diagnóstico ao nível dos vários tipos de demência de modo a obterem-se informações mais rigorosas sobre a prevalência e a incidência.

Dentro do diagnóstico das síndromes demenciais, a Doença de Alzheimer (DA) aparece como sendo a primeira causa de demência em diversos estudos, correspondendo de 50-70% dos casos (Mendes, 2012). Seguidamente surge a demência vascular (DV) como forma de demência mais comum, configurando-se em aproximadamente 20% dos casos. Outras formas de demências como a Demência por Corpos de Lewy (DCL) também são citadas como 15-20% dos casos diagnosticados (Pestana & Caldas, 2009).

2.2. Doença de Alzheimer

Como se pode constatar, a doença de Alzheimer é uma das formas mais comuns de demência irreversível nos idosos, “ela representa dois terços das demências” (Barreto, 2007, p.21). Segundo Guite (2000), trata-se de uma patologia neurológica degenerativa, lenta e progressiva, que habitualmente se manifesta após os 50 anos. O indivíduo atingido pela mesma apresenta uma crescente dificuldade na memorização, na forma de decidir e de agir, e até mesmo de se locomover, comunicar e alimentar.

Esta enfermidade deve o seu nome ao médico alemão Alois Alzheimer que, em 1907, publicou um artigo no qual descrevia o caso clínico de uma mulher de 52 anos que apresentava graves perdas de memória, sinais neurológicos e demência progressiva. Um dos primeiros sinais a serem evidenciados foram as suspeitas acerca do seu marido e logo depois começou a manifestar-se um transtorno crescente da memória (incapacidade de orientação, perda de objectos, alucinações, desorientação temporal e espacial) (Barreto, 2007).

Após a morte da mulher, o seu cérebro foi estudado pormenorizadamente e, ao exame, Alois Alzheimer encontrou duas alterações do tecido nervoso que passou a considerar como as principais características desta doença: a placa senil e degenerescência neurofibrilar (Costa, 2011; Grilo, 2009).

Posteriormente, e segundo Caldas e Mendonça (2005), estudos realizados vieram apresentar que se trata de uma doença neuro-degenerativa crónica de etiologia desconhecida, onde as células do sistema nervoso central sofrem um processo de morte mais acelerado que o normal, o que leva a uma perda gradual de função associada com os locais onde essa perda é mais salientada.

Deste modo, a doença de Alzheimer trata-se de uma doença progressiva e degenerativa, com características de deterioração cognitiva e emocional e que acarreta inúmeras complicações associadas ao funcionamento ideal do indivíduo, principalmente a nível cognitivo, emocional, funcional e interpessoal (Lucas, 2013). A sua importância torna-se cada vez mais pertinente porque apesar da forte investigação clínica e bioquímica desenvolvida nos últimos anos, a sua etiologia e fisiopatologias são ainda desconhecidas, não sendo ainda possível o reconhecimento de um marcador clínico ou bioquímico que possibilite fazer um diagnóstico precoce, e não existindo também um tratamento curativo ou estabilizador (Santana, 2005).

Face a esta realidade e devido ao incremento do envelhecimento populacional associado à intensa redução das taxas de natalidade e fertilidade, a Doença de Alzheimer transformou-se num problema de saúde pública e um dos maiores problemas médico-social do século XXI (Nunes, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004, cit. in por Falcão & Dias, 2006), esta enfermidade surge independentemente da raça, nível socioeconómico, etnia e região geográfica, afectando 5% a 10% das pessoas com idades entre os 65 e os 74 anos, registando-se uma maior probabilidade de desenvolvimento desta doença em idosos a partir dos 85 anos (40%) (Lucas, 2013; Cunha, 2012). Em Portugal, a Doença de Alzheimer afecta 60% dos doentes demenciados (Barreto, 2005; Nunes, 2005).

Tendo em conta um estudo do King's College of London divulgado pela Alzheimer's Disease International no Relatório Mundial de Alzheimer (2010), já em 2010 se estimava que existiam 35,6 milhões de pessoas no mundo que tinham esta doença e que os valores podiam aumentar para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (Costa, 2011). Segundo Nunes (2005), e citando Jorm, Korten & Henderson (1987), outros estudos realizados indicam que a prevalência da Doença de Alzheimer duplica a cada cinco anos, após os 60 anos, ao passo que no grupo etário dos 60-64 anos, a prevalência estimada é de 0,7%, atingindo valores de 38,6% após os 90 anos.

Esta doença não só afecta os pacientes, como também se reflecte significativamente no seio familiar e social. Todavia, fazer um diagnóstico de Demência de Alzheimer torna-se bastante difícil no início da doença, já que existe um contínuo envelhecimento normal, isto é, os défices cognitivos evidenciados pela pessoa são, muitas vezes, erroneamente atribuídos à idade avançada e, como tal, encarados como naturais (Mendonça e Garcia, 2006).

Diagnóstico

O diagnóstico definitivo da Doença de Alzheimer só pode ser feito através de um estudo neuropatológico *post mortem*³, do tecido cerebral, ou seja, somente através de uma biopsia cerebral ou de uma autópsia às lesões características da doença, que se pode chegar a um diagnóstico final (Moreira & Oliveira, 2005; Touchon & Portet, 2002; Spar

³ “Permite a identificação das placas senis e das “tranças” neurofibrilares” (Pereira, 2011, p.24)

& La Rue, 2002). Porém, sem estes dados e através de provas realizadas nos testes de despiste de deterioração cognitiva, o diagnóstico desta enfermidade só pode ser feito em termos de probabilidade. Segundo Pereira (2011) cit. in por APA (2002) o diagnóstico “só poderá ser feito quando se eliminarem outras perturbações como as do sistema nervoso que podem provocar um défice cognitivo progressivo, as afecções sistémicas que podem alterar o funcionamento intelectual e o consumo de determinadas substâncias tais como álcool ou medicamentos. Também a confusão mental e as perturbações psiquiátricas devem ser descartadas” (p.20).

No início dos anos 80, foram elaborados e reconhecidos internacionalmente critérios que permitem distinguir as características da Doença de Alzheimer. São eles: os critérios elaborados pela *American Psychiatric Association- DSM-IV-TR* (Tabela 4) e os critérios de diagnóstico provável, possível e definitivo do grupo constituído pelos investigadores do *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* e da *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) (Tabela 5), que são os mais utilizados em estudos e testes clínicos (Grilo, 2009; Gonçalves, 2009).

Tabela 4- Critérios de diagnóstico para Demência de Alzheimer (adaptado de A.P.A., 2000)

<p>Critérios de Diagnóstico para Demência de Alzheimer</p> <p>A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados por:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Diminuição da memória.2) Uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:<ol style="list-style-type: none">(a) afasia;(b) apraxia;(c) agnosia;(d) perturbação na capacidade de execução. <p>B. Os défices cognitivos dos Critérios A1 e A2 causam deficiências significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.</p> <p>C. A evolução caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo continuado.</p> <p>D. Os défices cognitivos dos Critérios A1 e A2 não são devidos a nenhum dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) outras doenças do sistema nervoso central que causam défices progressivos da memória e cognição;2) doenças sistémicas que causam demência;3) doenças induzidas por substâncias. <p>E. Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um <i>delirium</i>.</p>
--

F. A perturbação não é devida a outra perturbação do Eixo I.

Fonte: Oliveira, 2008, p.30

Analisando os critérios de diagnóstico acima apresentados (Tabela 4), estes fundamentam-se na presença de perturbações de memória associadas a outras perturbações cognitivas cuja evolução é progressiva, contínua e que acarretam perda de autonomia.

Tabela 5- Critérios de diagnóstico da doença de Alzheimer segundo o NINCDS-ADRDA

I. O critério para o diagnóstico clínico de doença de Alzheimer provável inclui:

- a. Demência estabelecida por exame clínico e documentada pelo Mini-Exame do Estado Mental, *Blessed Dementia Scale*, ou exame similar, e confirmada por testes neuropsicológicos;
- b. Défice em duas ou mais áreas da cognição;
- c. Declínio progressivo da memória e outras funções cognitivas;
- d. Ausência de distúrbio da consciência;
- e. Início entre 40 e 90 anos, mais frequentemente após 65 anos; e
- f. Ausência de doenças sistémicas ou outras doenças cerebrais que poderiam ser responsáveis pelos défices progressivos de memória e cognição.

II. O diagnóstico de doença de Alzheimer provável tem como características de suporte:

- a. Deterioração progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem (afasia), habilidades motoras (apraxia), e percepção (agnosia);
- b. Prejuízo em atividades de vida diária e padrões alterados de comportamento;
- c. História familiar de distúrbios similares, particularmente se houver confirmação neuropatológica; e
- d. Resultados laboratoriais de:
 - i. Líquido cefalorraquidiano normal por técnicas padrão,
 - ii. Padrão normal ou alterações inespecíficas no eletroencefalograma, tais como aumento da atividade de ondas lentas,
 - iii. Evidência de atrofia cerebral na tomografia computadorizada (TC) de crânio com progressão documentada por observação seriada.

III. Outras características clínicas consistentes com o diagnóstico de doença de Alzheimer provável, após exclusão de outras causas de demência, incluem:

- a. “Planaltos” no curso de progressão da doença;
- b. Sintomas associados de depressão, insónia, incontinência, delírios, ilusões, alucinações, surtos catastróficos verbais, emocionais ou físicos, distúrbios sexuais, e perda de peso; outras alterações neurológicas em alguns pacientes, especialmente com doença mais avançada e incluindo sinais motores como aumento de tónus muscular, mioclonias, ou distúrbio da marcha;
- c. Crises epiléticas em fase avançada da doença;
- d. Tomografia computadorizada de crânio normal para idade.

IV. Características que tornam o diagnóstico de doença de Alzheimer incerto ou improvável

incluem:

- a. Início súbito, apoplético;
- b. Sinais neurológicos focais como hemiparesia, défice sensitivo, défice em campo visual e incoordenação precoce no curso da doença; e
- c. Crises epiléticas ou distúrbios da marcha na instalação ou precocemente no curso da doença.

V. O diagnóstico clínico de doença de Alzheimer possível:

- a. Pode ser feito com base em síndrome demencial, na ausência de outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou sistémicas suficientes para causas demência, e na presença de variações no início, na apresentação ou no curso clínico;
- b. Pode ser feito na presença de uma segunda doença cerebral ou sistémica suficiente para produzir demência, que não é considerada causa da demência; e
- c. Deve ser utilizado em pesquisa clínica quando défice cognitivo único, grave e gradualmente progressivo é identificado na ausência de outra causa identificável

VI. Os critérios para diagnóstico de doença de Alzheimer definitiva são:

- a. Critério clínico para doença de Alzheimer provável e
- b. Evidência histopatológica obtida por biópsia ou autópsia.

VII. A classificação de doença de Alzheimer para fins de pesquisa científica deve especificar características que podem diferenciar subtipos da doença, tais como:

- a. Ocorrência familiar;
- b. Início antes dos 65 anos;
- c. Presença de trissomia 21; e
- d. Coexistência de outras condições relevantes como doença de Parkinson.

Fonte: Guerra, 2012, p.10

Mais recentemente, em 2007, graças às descobertas da fisiopatologia da doença e face ao desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico, foram propostos novos critérios de diagnóstico para a doença de Alzheimer (Dubois et al., 2007). Estes apenas se limitam a um diagnóstico provável e têm como finalidade obter um diagnóstico mais precoce e fino da doença. Guerra (2012) cit. in Alladi et al. (2007) refere que “o critério central passa a ser a presença de um declínio precoce e significativo da memória episódica durante, pelo menos, seis meses, com evidência objectiva de distúrbio de memória episódica que não melhora com sugestões/orientações ou testes de reconhecimento. O défice de memória pode estar associado a outros défices cognitivos. Essa definição exclui outras apresentações conhecidas, porém menos frequentes da doença de Alzheimer, como a atrofia cortical posterior ou a variante comportamental da doença de Alzheimer” (p.11).

De uma forma geral, todos estes critérios de diagnóstico utilizados mostram uma grande homogeneidade clínica em termos de idade, início, perfil de irregularidades cognitivas, forma de progressão e manifestações comportamentais associadas.

Fases e Sintomatologia

A Doença de Alzheimer afecta cada indivíduo de maneira diferente, dependendo da zona do cérebro que é atingida inicialmente. Na maioria dos casos, os primeiros sintomas a aparecer são os défices na capacidade de memória, os quais geram mais frustração, pois afectam a capacidade do paciente realizar as actividades diárias, pondo em risco assim a sua qualidade de vida (Lucas, 2013).

Costa (2011), cit. in Small (1997) menciona que estes sintomas muitas vezes são confundidos com as mudanças normais do envelhecimento. Os cuidadores ou até mesmo as próprias pessoas podem não reconhecer os sinais iniciais da demência atribuindo-os “apenas à velhice”.

As alterações da linguagem são consideradas uma das manifestações mais aparentes nesta enfermidade, incluindo dificuldades em evocar certas palavras, completar ideias ou seguir instruções, o que, segundo Carvalho (2006), explica o facto de uma das queixas mais mencionadas por familiares e cuidadores ser a dificuldade em manter a comunicação eficiente e independente.

A Alzheimer's Association (2009) tem tentado educar a população, chamando a atenção para os dez sinais de alerta, os quais se passam a indicar:

1. **Perda de Memória** (esquecimento de datas ou eventos, repetir a mesma pergunta várias vezes);
2. **Dificuldade em planear ou resolver problemas** (dificuldade de concentração, levar muito tempo a executar uma tarefa);
3. **Dificuldade em executar tarefas com que está familiarizado** (conduzir até um local que já conhecem, gerir o dinheiro, preparar uma refeição);
4. **Perda de noção de tempo e desorientação** (perdem a noção de datas, estações do ano);

5. **Dificuldade em perceber imagens visuais e relações espaciais** (dificuldades de leitura, dificuldade de cálculo de distancia);
6. **Problemas de linguagem** (dificuldade em acompanhar ou começar uma conversa);
7. **Trocar o lugar das coisas** (colocar objectos em lugares desadequados);
8. **Discernimento fraco ou diminuído** (alterações na capacidade de julgamento ou tomada de decisão);
9. **Afastamento do trabalho e da vida social** (começam a abandonar os seus hobbies, actividades sociais);
10. **Alterações de humor e personalidade** (confusos, desconfiados, deprimidos, com medo).

Fazendo uma revisão bibliográfica, existem vários autores (Hay, 2001; Peterson, 2004; Spar & La Rue, 2005; Touchon, & Portet, 2002) que mencionam que os sintomas mais frequentes na sequência desta doença são os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais:

- Sintomas Cognitivos: normalmente são os primeiros a aparecer e podem incluir perturbação, diminuição ou perda de memória; orientação; lógica; crítica; percepção; capacidade de aprendizagem e capacidade do uso da linguagem.
- Sintomas Emocionais e Comportamentais: são oriundos de alterações, ou lesões cerebrais, e podem mudar os sentimentos e comportamentos, alterando, designadamente a personalidade das pessoas, que por este motivo ficam deprimidas, ansiosas, irritáveis, inseguras, hostis e ciumentas.

A doença inicia-se e instala-se de modo traiçoeiro, sem se conseguir avaliar o momento exacto em que a doença começou, progredindo lentamente, por vezes com períodos de estagnação (Garcia, 1995). Nos primeiros estádios, o défice de memória está constantemente presente e relaciona-se sobretudo com os acontecimentos mais recentes (Guerreiro, 2005) sendo que a memória remota se encontra bastante preservada (Marques, Firmino et al., 2006). Todavia, os acontecimentos mais antigos começam a ser evocados com grande dificuldade e imprecisão à medida que a doença progride (Guerreiro, 2005).

Sendo esta uma doença que avança sem marcos nítidos, não existe um consenso sobre o número de fases ou estádios em que pode ser dividida a sua evolução. Contudo, Serra, Ribeiro, Teixeira & Lourenço (2001) sustentam a ideia que existem quatro fases da Demência da Alzheimer:

- 1ª Fase (fase ligeira): dificuldades de nomeação, principalmente no que concerne à dificuldade para nomear pessoas ou objectos (anomia ligeira); défices da linguagem (a fala perde fluência), ausência da capacidade de pensamento abstracto; dificuldade na capacidade de resolução de problemas; diminuição da capacidade para lidar com situações difíceis, alterações da personalidade.
- 2ª Fase (fase moderada): verificam-se pelo menos dois sintomas de entre os seguintes: anomia, agnosia, apraxia, afasia; diminuição acentuada da capacidade de juízo; desorientação espacial e temporal, o que dificulta a realização das actividades de vida diária instrumentais.
- 3ª Fase (fase grave): agravamento físico, incapacidade para reconhecer membros da família; incapacidade para executar actividades de vida diária básicas, como ter continência e controlo das funções excretórias, necessitando de ajuda constante na higiene e limpeza corporal diária, no vestir-se e deslocar-se mesmo dentro de casa (Barreto, 2005).
- 4ª Fase (fase muito grave): perda de todas as capacidades - perda da função da linguagem; perda da coordenação motora (o doente deixa de possuir os reflexos necessários para a marcha e, mais tarde, para se sentar ou para erguer a cabeça); perda de todas as funções mnésicas (Barreto, 2005 & Vaz Serra, 2001).

Segundo o Manual de Boas Práticas (2005) e Barreto (2005), pode-se dividir a Doença de Alzheimer em três fases:

- Fase inicial: pode durar dois a quatro anos; os sintomas são leves e difíceis de detectar. Contudo verifica-se alguma dificuldade em lembrar nomes e palavras, em adquirir novos conhecimentos, desorientação, distração, problemas de constrangimento e receio, dificuldades de atenção, mágoa e negação;
- Fase intermédia/avançada: pode durar cerca de três a cinco anos. Caracteriza-se principalmente por uma perda acentuada da memória, frustração, inquietação, agressão verbal e física, alucinações, isolamento social, início das dificuldades motoras, incontinência e uma dependência cada vez mais de terceiros;

- Fase mais grave/terminal- pode durar entre um a três anos. A pessoa com esta doença pode não ser capaz de realizar os cuidados de vida diária, a actividades de motricidade fina. O desenvolvimento da doença conduz à morte de maior parte do tecido nervoso, originando o desaparecimento das funções cognitivas (incapacidade de entender ou utilizar linguagem; deixar de poder andar, sentar, engolir e até de reconhecer os familiares).

Na mesma linha de pensamento e apesar da individualidade de cada caso, a evolução da doença de Alzheimer segue uma determinada sequência. Em 1982, Reisberg e colaboradores consideraram a existência de 7 estádios para a evolução desta patologia e para tal utilizaram a Escala de Deterioração Global (*Global Deterioration Scale*, GDS).

Estádio 1 (sem declínio cognitivo) - não existem queixas subjectivas de défice de memória.

Estádio 2 (declínio cognitivo ligeiro) - encontra-se associado ao processo normal do envelhecimento; o individuo apresenta alguns esquecimentos.

Estádio 3 (declínio cognitivo leve) – os défices começam a tornar-se mais claros e o sujeito começa a demonstrar desorientação espaço-temporal, dificuldades em reter informações, esquece o nome das pessoas próximas; surgem défices de concentração.

Estádio 4 (declínio cognitivo moderado) – o doente mostra dificuldades claras na nomeação, no reconhecimento de pessoas e orientação no tempo; os défices de concentração agravam-se e a capacidade de realizar actividades de vida instrumentais diminui.

Estádio 5 (declínio cognitivo moderadamente grave) – a pessoa necessita de ajuda de terceiros; agrava-se a desorientação espaço-temporal e a incapacidade em recordar acontecimentos recentes.

Estádio 6 (declínio cognitivo grave) – a pessoa necessita de ajuda nas actividades da vida diária (inclui vestir/despir, tomar banho).

Estádio 7 (declínio cognitivo muito grave) - o enfermo perde gradualmente a capacidade de falar e de sorrir; trata-se de uma fase terminal, as pessoas ficam acamadas, necessitando de cuidados constantes.

Tendo em conta que a doença de Alzheimer é uma patologia que origina incapacitação nas pessoas, existem determinados princípios que podem ser úteis, particularmente a

prevenção dos riscos, a adaptação ao ambiente e a redução do perigo, com o intuito de promover um aumento da independência dos mesmos (Department of human health & human services, 2006).

Fatores etiológicos

Grilo (2009) refere que a etiologia da doença de Alzheimer está relacionada com diversos factores de risco, desde genéticos a factores ambientais. Contudo, nenhum é verdadeiramente esclarecedor, visto que os sistemas etiológicos identificados não desencadeiam demência sistematicamente (Phaneuf, 2010).

Numa primeira análise pode-se afirmar que na forma esporádica, não familiar, a *idade* é o principal factor de risco (Phaneuf, 2010). As estatísticas indicam que o seu desenvolvimento aumenta com o acumular dos anos, ou seja, tanto a prevalência como a incidência aumentam exponencialmente com a idade (Pereira, 2011; Guerra, 2012). No entanto, nas formas familiares da patologia de Alzheimer mais raras, cujo início é precoce verifica-se uma transmissão autossómica predominante.

O *risco genético* da doença de Alzheimer é considerado em cerca de 70%. Estudos dos antecedentes familiares assumem um papel importante na investigação e têm demonstrado que os sujeitos em que um familiar (pai ou mãe, irmão ou irmã) teve esta doença estão mais expostos à doença, do que aqueles cujos parentes estão isentos (Phaneuf, 2010).

O *sexo feminino* e a *baixa escolaridade* são também os factores de risco mais vezes relacionados com a demência. A prevalência desta enfermidade é 1,5 a 2 vezes superior nas mulheres, sendo o fator hormonal e o défice de estrogénios uma explicação aceitável (Touchon & Portet, 2002). Estudos estatísticos revelam que abaixo dos 80 anos, o número de mulheres afetadas é inferior ao dos homens, mas após essa idade o número torna-se mais significativo (Phaneuf, 2010). Em relação à baixa escolarização, os investigadores observam que uma escolaridade inferior a sete anos é factor predisponente da doença de Alzheimer (Nunes, 2005).

Segundo Phaneuf (2010), outro factor etiológico a considerar é o *ambiente*. Pessoas que tenham uma profissão de risco (onde estão expostos a insecticidas, colas ou fertilizantes) têm um risco mais elevado de desenvolver a doença de Alzheimer.

Também o alumínio (verifica-se nas autópsias que o cérebro das pessoas atingidas com DA contém uma concentração elevada de alumínio - metal que não se encontra nos tecidos cerebrais sãos) se considera outro factor de risco.

Por fim, alguns *problemas de saúde* criam condições favoráveis ao desenvolvimento desta demência, tais como a Diabetes, hipertensão, hipercolesterémia, perturbações cardíacas, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's) e traumatismos crânio-encefálicos (Touchon & Portet, 2002; Aguilar. et al., 1998).

A Doença de Alzheimer na Família

Segundo Grilo (2009), cuidador é o indivíduo que presta assistência a alguém que, por incapacidade, necessita de ajuda. Por cuidador informal, entendemos o indivíduo que não auferir qualquer tipo de rendimento financeiro por prestar cuidados. Comummente, estes cuidadores são os membros da família, amigos ou vizinhos do doente.

“Quando se diagnostica uma demência estabelece-se informalmente a existência de um novo doente potencial: o cuidador” (Massano, 2009, p.400). Cuidar torna-se num processo complexo e dinâmico, pois está em constante modificação ao longo dos tempos, particularmente no que concerne às necessidades e sentimentos da pessoa que recebe os cuidados e do cuidador, em função do desenvolvimento da doença, do estado de dependência, do contexto e fase do ciclo vital da família, das redes de apoio social e, principalmente da forma como o cuidador lida com estes factores (Paúl, 1997).

A família é uma importante estrutura social, desde que nascemos até à idade em que somos adolescentes, tendo um papel principalmente educativo até à velhice, assumindo nestes casos, um papel de cuidados para que o idoso mantenha o seu equilíbrio físico e afectivo (Santos, 2008). A família é a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. É na família e com a família que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital (Caldas, 2003 cit. in Souza et. al, 2006).

Cuidar de um idoso com demência de Alzheimer afecta de uma forma geral a identidade da família, assim como o desempenho de funções de cada um dos seus membros e o seu normal funcionamento (Fernandes, 2009). Quando se prestam cuidados a estas pessoas, implica que exista uma relação de entreajuda no sentido de satisfazer as necessidades

principais do doente. Segundo Santos (2003), quando há uma alteração numa das partes, o todo é afectado uma vez que na família, cada um desempenha o seu papel de forma a permanecer o equilíbrio.

A prestação de cuidados a familiares com Doença de Alzheimer, muitas vezes tem repercussões ao nível económico, social e na saúde do cuidador, particularmente quadros de depressão e de ansiedade e outras perturbações ao nível da saúde física. Estas perturbações destacam-se com as alterações de comportamento do doente, a falta ou má qualidade das redes de apoio, reflectindo-se no cuidador, principalmente quando se prolonga por longos períodos de tempo (Melo, 2010; Cunha, 2012).

Segundo Pereira (2011), os cuidadores confrontam-se não só com dificuldades complexas decorrentes da gestão de uma enfermidade frustrante como também com preocupações éticas consequentes do papel de cuidador. A falta de reciprocidade entre o sujeito que recebe o cuidado e o sujeito que o presta normalmente não é valorizado, porém, “pode algumas vezes resultar frustrante, uma vez que o comportamento desinteressado unicamente é apoiado por um mecanismo interno, próprio de cumprimento do dever” (p. 45).

Os cuidadores com mais conhecimentos sobre a demência apresentam baixos índices de depressão (Graham, Ballard & Sham, 1997). Em contrapartida, os cuidadores com baixos níveis de conhecimento sobre o processo demencial, apresentam uma maior sobrecarga emocional e *stress* psicológico (Graham, Ballard, Sham, 1997; Werner, 2001), afectando as suas estratégias de *coping* (Proctor, Martin & Hewinson, 2002) e a disponibilidade para procurar auxílio dos profissionais de saúde (Werner, 2003a). Uma vez que os familiares não possuem conhecimentos adequados à doença, estes não associam um problema comportamental à evolução da doença e tendem a alterá-lo com discussões ou o uso da lógica. Por outro lado, ao não entenderem a natureza progressiva e irreversível da Doença de Alzheimer, podem entregar-se a esforços sem resultados e frustrantes para melhorar a memória do indivíduo doente, ou orientá-lo para a realidade (Dieckmann, Zarit, Zarit & Gatz, 1988).

Deste modo, e perante o que foi descrito acima, é indispensável promover, no cuidador, o bem-estar e equilíbrio fundamentais ao ato de cuidar, para que não haja incompreensão, para que diminua o risco de crise sócio familiar e para que não haja rejeição. É ainda necessário existir o apoio, a união e o carinho da família, a qual deve

ainda demonstrar um breve conhecimento e compreensão são só da doença, mas especialmente da evolução individual desta.

Segundo Marriott, Donaldson, Tarrier & Burns (2000), é muito importante que exista uma intervenção ao nível familiar. Esta engloba três componentes: a educação dos cuidadores, a gestão do *stress* e o treino das estratégias de *coping*. Assim, reduz-se substancialmente a sobrecarga nos cuidadores e as perturbações comportamentais nos doentes.

Perspectivando uma visão mais clara acerca das dificuldades e mudanças que ocorrem ao longo da doença, a intervenção familiar torna o comportamento dos cuidadores mais consistente face às contingências da própria doença de Alzheimer, para que as situações se tornem mais visíveis.

Os programas educacionais e o treino do cuidador geram grandes melhorias nos níveis de *stress* deste e do doente, bem como das perturbações de comportamentos do paciente e a reacção dos cuidadores a estes. Este tipo de intervenção, apresenta bastante eficácia em diversos casos, sendo que, segundo Engelhardt, Tocquer, André, Moreira, Okamoto & Cavalcanti (2005), direccionada para os que cuidam e para os doentes, permitem reduzir o *stress* decorrente da patologia de Alzheimer.

3. Intervenções junto da população idosa com demência

Para as demências não existe cura, existe apenas alguma medicação e terapêuticas não farmacológicas que atenuam os efeitos sintomáticos das mesmas. É importante salientar que a evolução da demência compromete não apenas o idoso, mas também a sua família e a comunidade em que ele vive (Machado, Caram, Frank, Soares, & Laks, 2009) e que, portanto, o tratamento deve ser personalizado e adaptado a cada caso, tendo sempre presente que deve ser elaborado um plano específico para cada pessoa/família (Sequeira, 2010).

O tratamento farmacológico deve ter em atenção a etiologia da demência e o conjunto de perturbações associadas. Não existe ainda um tratamento que possibilite a remissão da doença, pelo que os fármacos apenas permitem abrandar a velocidade de progressão e a estabilização das perturbações cognitivas e psico-comportamentais (Sequeira, 2010). Segundo Couto e Mendonça (2005), existem muitas combinações possíveis de medicamentos atendendo ao tipo de demência e ao conjunto de sintomas comportamentais e psicológicos relacionados à síndrome demencial, tais como a depressão, a insónia, a agitação psicomotora e as complicações cirúrgicas. Sendo assim, na escolha da terapêutica deve-se ter como principal objectivo o bem-estar do doente e do cuidador.

Apesar do aumento do interesse nas últimas décadas, ainda não se dispõe de dados fidedignos sobre a verdadeira eficácia das diferentes modalidades de intervenção não farmacológica em idosos com demência (Guerreiro, 2005). Contudo, existem trabalhos desenvolvidos nesta área que visam indicar as vantagens desta intervenção, ao nível do prolongamento do tempo com qualidade de vida do idoso com demência e da sua família (Sequeira, 2010).

Por intervenção não-farmacológica designamos um conjunto de intervenções com o objectivo de maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença. As actividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das capacidades da pessoa, preservando, pelo maior período de tempo possível, a sua autonomia, conforto e dignidade (Guerreiro, 2005).

Para este tipo de intervenção deve-se ter por base uma avaliação neuropsicológica exhaustiva, de modo a identificar os défices e as funções que podem ser estimuladas, o tipo de demência e o estágio em que se encontra (Sequeira, 2010). Assim, qualquer

técnica a implementar deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, assistente social e auxiliares de geriatria) devidamente especializada, de modo a possibilitarem a manutenção da autonomia do doente.

Existem essencialmente duas tipologias de intervenção: “a abordagem psicossocial, mais direccionada para aspectos relacionais/comportamentais e emocionais, e a abordagem cognitiva, na perspectiva da estimulação das funções superiores. As abordagens mistas, por sua vez integram estas duas perspectivas, num trabalho multidisciplinar sendo estas, aliás, as mais utilizadas actualmente” (Oliveira, Ribeiro, Borges & Luginger, 2005 cit. in Costa, 2011, p.36).

3.1. Intervenção a nível institucional/organizativo

Respostas Sociais de Apoio ao Idoso

Até há pouco tempo, a solução para os problemas de famílias com idosos era procurada através do internamento: em meio hospitalar (por questões de saúde) ou num asilo ou albergue (por questões sociais). Praticamente, a única resposta que a sociedade sugeria era o recolhimento em instituição pública de tipo asilar (Jacob, 2002).

Para a cultura ocidental, o trabalho ou a realização de uma tarefa produtiva ocupa um lugar muito importante na hierarquia de valores, o que obriga grande parte das pessoas a permanecer muitas horas diárias fora de casa, no trabalho, retirando-lhes a disponibilidade para cuidar dos seus idosos e garantir os cuidados indispensáveis à permanência destes nas suas casas. Deste modo, grande parte dessa responsabilidade passa para o Estado e outros organismos de solidariedade, criando-se redes de suporte formal e informal que visam a prestação de cuidados às pessoas idosas (Costa, 2011).

É certo que, desde há muito tempo, existe uma grande preocupação com as necessidades e particularidades sociais da nossa população, dando origem a algumas instituições voltadas para o sector da população idosa. Estas instituições estavam, inicialmente, ligadas a ordens militares e religiosas e outras eram criadas pela iniciativa de reis, rainhas e outros nobres ou mercadores ricos (Almeida, 2008).

Segundo Jacob (2002) no final do séc. XV estas instituições dividiam-se em quatro tipos: Albergarias; Mercearias (instituições que praticavam o bem pela alma ou saúde de alguém); Hospitais; Gafarias ou Leprosarias.

A partir do séc. XVII começa a surgir o entendimento de que estas questões, que têm a ver com aspectos ligados à solidariedade, não podem estar apenas dependentes de sentimentos religiosos, mas antes de uma consciência social do próprio Estado e da sociedade civil (Almeida, 2008).

Em consequência, em Portugal, a criação da Casa Pia, nos finais do séc. XVIII, constitui um marco extremamente importante, traduzindo uma nova forma de encarar o apoio social por parte das entidades públicas e sociedade civil.

Em meados de 1978 e a partir desse mesmo ano, começa a manifestar-se uma crescente preocupação por parte do Estado, em desenvolver infra-estruturas de apoio às pessoas idosas que favorecessem a sua integração e participação na sociedade, nomeadamente a transformação dos Asilos em Lares e Instituições para a 3ª Idade. Estes passaram a ser designados como Lares de Idosos e muitas vezes através de eufemismos como o “Cantinho do Idoso”, a “Casa da Avozinha” ou a “Casa de Repouso” (Jacob, 2002).

Para Fernandes (1997), apenas a partir do início da década de setenta, de acordo com as novas políticas sociais da velhice, as instituições eram criadas tendo em vista a prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade. É a partir desta data, que se distinguem dois tipos de instituições: as que tinham como objectivo a institucionalização das pessoas idosas (lares ou residências) e as que procuravam criar condições para manter a pessoa idosa no seu próprio domicílio.

O Centro de Dia surge como uma “resposta social, desenvolvido em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar” (Ribeiro, 2001, p.182), favorecendo as suas relações interpessoais a fim de evitar o isolamento e solidão, promovendo actividades ocupacionais e recreativas diversificadas. Mesmo no caso de idosos que ainda coabitam com a família, o centro de dia representa uma menor dependência face a esta e, naturalmente, um notável alívio da sobrecarga para os cuidadores informais (Costa, 2011).

Ainda assim, existem muitos indivíduos de idade avançada que não podem, por diversas razões, sair da sua residência para frequentar o centro de dia. Para estes criaram-se nos

anos 80 os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), que asseguram algumas ajudas próprias do centro de dia no próprio domicílio do utente (Jacob, 2002).

Também na década de oitenta começaram a surgir as primeiras associações para ajuda a doentes com determinadas formas de patologia, especialmente com demência. Foi o caso da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, em 1984, e a Associação Portuguesa de Amigos e Familiares de Doentes de Alzheimer, APFADA, hoje mais conhecida como Alzheimer Portugal, a partir de 1988. Estas instituições foram constituídas especificamente para promover a qualidade de vida das pessoas com quadros demenciais e dos seus familiares e prestadores de cuidados (Costa, 2011).

Importa referir ainda, que no nosso país não existe legislação que regule especificamente as questões referentes a pessoas com Doença de Alzheimer. No entanto, existem aspectos legais que devem ser referidos e tidos em conta por forma a melhor garantir a salvaguarda dos seus interesses.

A doença de Alzheimer surge basicamente, em diplomas que prevêem o regime de comparticipação dos medicamentos específicos para esta patologia. Em 2009, foi publicada a Lei nº 90/09 de 31.08 que “define o regime especial de protecção social na invalidez no âmbito do regime geral de segurança social do sistema previdencial, do regime não contributivo do subsistema de solidariedade e do regime de protecção social convergente”, prevendo-se aí protecção especial na eventualidade de invalidez para algumas doenças, nas quais se encontra a Doença de Alzheimer e outras demências.

De facto, as necessidades das pessoas idosas podem manifestar-se de diferentes formas. Por consequência, as formas de as atender também devem ser diversas, flexíveis e capazes de se adaptarem às diferentes situações. Portanto, é de prever que futuramente surjam novas formas de ajudar às fragilidades dos idosos em geral, e dos doentes com demência em particular, e que as respostas tradicionais evoluam também no sentido de melhorar o serviço para poderem fornecer aos seus utentes.

A intervenção oportuna e adequada surge como essencial para a preservação das capacidades e do bem-estar do idoso e de quem cuida, com inegáveis benefícios em termos de custos directos e indirectos associados à prestação de cuidados.

A Institucionalização como resposta para a pessoa idosa com demência

Para Jacob (2001), “o aumento progressivo do número de pessoas idosas, sobretudo das muito idosas, tem aumentado também a probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e social, despontando a necessidade de criar novas respostas por parte do Estado e da Sociedade Civil” (p.4).

Tal como foi referido anteriormente, no final do século XIX o apoio a esta geração era resolvido em família pela família, por Instituições de carácter religioso ou por organizações particulares. Actualmente, a sociedade sofreu várias alterações dando proveniência, a um aumento das dificuldades das pessoas idosas em permanecerem e viverem a sua velhice no seu ambiente familiar. Foi neste propósito que surgiram Instituições direccionadas para o acolhimento de idosos, como é o caso dos Lares de Idosos, das Residências Assistidas, dos Centros Geriátricos, entre outros. Por vezes, o recurso à institucionalização apresenta-se como a única forma de proporcionar apoio e bem-estar, assegurando de alguma forma, a qualidade de vida dos idosos que vivem sós.

São muitos e variados os motivos que levam tanto os idosos como as suas famílias a recorrer à institucionalização. Porém Pimentel (2005) refere que o principal motivo é a dependência física, seguindo-se a solidão, o isolamento, a falta recursos financeiros e habitacionais ou a inexistência de redes de solidariedade que forneçam um suporte de situação de necessidade.

Assim, para Pereira (2012), a institucionalização do idoso considera-se quando este “está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição” (p.133) e consideram-se idosos institucionalizados os que vivem 24h por dia numa instituição. Segundo Maia (2002), a institucionalização é o “processo mediante o qual um conjunto de normas de comportamento, que orientam uma actividade social considerada importante, adquire regulamentação jurídica formal” (p.205).

Sendo um processo longo e supondo um conjunto de etapas, a institucionalização torna-se, segundo Cardão (2009), “um momento difícil, mais para uns do que para outros, pois o sentimento de perda é variável em função do sujeito, da sua história de vida e da sua capacidade de fazer face ao luto” (p.9). Sair de casa e ir viver para um Lar coloca em causa a questão da integridade, da privacidade e da independência do idoso, bem como da sua ligação entre o passado e o presente (Pimentel, 2001).

Para além de todo um conjunto de rotinas que é alterado na vida do idoso, para Born (2002, cit. por Cardão, 2009), no momento da referida institucionalização, para além de o idoso se ver confrontado com a separação dos seus familiares e amigos próximos, tem ainda de viver no medo e na angústia da “perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte e receio do tratamento que irá receber” (p.41).

Os efeitos da institucionalização das pessoas idosas têm sido largamente investigados nas últimas décadas. O primeiro grande estudo sobre os cuidados a nível institucional, *The Last Refuge* (Townsend, 1962), surgiu há cerca cinquenta e três anos, mas continua a influenciar as investigações recentes que se centram no efeito despersonalizante dos mesmos.

A maior parte dos autores critica negativamente os cuidados institucionais, uma vez que resultam daí uma maior deterioração física, psicológica e social das pessoas que frequentam. Para Goffman (cit. in Santos e Encarnação, 1998), as instituições totais ou permanentes comportam um grande grupo de indivíduos, em condições similares, onde levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Não existe interacção com o exterior, pois todos os aspectos da vida estão regulados por uma entidade única.

Calenti (2002) refere que estes estabelecimentos dificilmente chegam a criar ambientes ricos e estimulantes, como são os ambientes que se encontram na comunidade ou no seio familiar. Também Uhlenberg (1997) partilha da mesma opinião. Afirma que qualquer pessoa que vive numa instituição sabe e sente que não se trata de nada parecido com o lar familiar. Partilhar um quarto com um estranho, ter refeições num horário fixo, não ter qualquer controlo sobre a organização e decoração do seu quarto e ser cuidado por diferentes pessoas, contradiz a ideia de um *lar*. Este autor aponta para três grandes problemas nos lares de idosos que dificilmente terão resolução:

1. Custo excessivo dos serviços prestados;
2. Auxiliares com pouca formação e pouca motivação para o difícil trabalho que lhes é incutido. As actividades quotidianas (cuidados de higiene, transferência e alimentação dos utentes) são realizadas por auxiliares que tratam os idosos como se se tratassem de objectos do seu trabalho, sem lhes atribuírem valor social e respeito. Normalmente as pessoas que prestam os cuidados nestas instituições, tem também poucas habilitações literárias e até uma falta de formação na área da

demência, confrontando-se com diversas dificuldades para lidar com os comportamentos desafiantes e as dificuldades motoras das pessoas com demência (Marques, 2013, cit in Baillie, 2012; Kuske et al., 2007; Ballard et al., 2001).

3. Desumanização. Os idosos que são obrigados a viver em Lares experienciam um desgaste da autonomia e uma angustiante perda de privacidade. As mais simples decisões da vida diária (como por exemplo organizar o quarto, quando comer, quando tomar banho, onde ir, com quem conviver, etc.) são todas tomadas pelos responsáveis das instituições. A perda de privacidade nota-se de diversas formas: os quartos são partilhados com pessoas desconhecidas, as portas são deixadas entreaberta onde qualquer um pode entrar a qualquer momento (Costa, 2011).

Tendo em conta que são muitos os factores que podem levar à institucionalização, Pimentel (2005) afirma que maior parte dos equipamentos não estão preparados para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, a privacidade e modos de vida diversificados. Isso estará ligado à falta de sensibilidade dos agentes institucionais para a especificidade e subjectividade de cada indivíduo (Costa, 2011).

Em Portugal, cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares, num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos. Este grupo é maioritariamente constituído por mulheres (69%), e 85% dos residentes têm mais de 85 anos de idade (INE, 2002 cit. in Ferreira, 2011). Além disso, 30% destes idosos institucionalizados sofrem de algum tipo de demência, o que leva a poder-se afirmar que este tipo de instituições está sobretudo a responder às necessidades da população pertencente à designada “quarta idade” (Mendes, 2012).

Para poder dar resposta aos seus residentes e à comunidade em que está inserida, uma instituição deve adoptar princípios orientadores, comuns a todos os que nela cooperam. São estes princípios que a definem como única no serviço que presta (Social & CID-Crianças, Idosos e Deficientes, 2005).

No fundo, fala-se de uma cultura organizacional, ou seja, como se faz, porque se faz e que objectivo se persegue. Esta cultura organizacional deve orientar-se para e por uma missão comum e ter uma visão perceptível do futuro que se deseja, cumprindo normas

éticas e obedecendo a valores fundamentais (Social & CID- Crianças, Idosos e Deficientes, 2005).

Perante uma revisão geral do que pode ou não ser a missão das instituições para idosos, apresenta-se a mais comum entre todas elas: pretende-se responder eficazmente, aos novos desafios e oportunidades e, contribuir para uma sociedade mais justa e solidária. Tendo em conta as necessidades e expectativas de cada indivíduo, prime-se pela excelência na qualidade, garantindo na prestação dos cuidados básicos, o respeito e a dignidade pelo idoso, reconhecendo-lhe o direito à plena cidadania, à independência, e privacidade, proporcionando condições que potenciem a sua inclusão social.

Tendo por base um inquérito da Carta Social realizado à totalidade das instituições da rede de serviços e equipamentos em Dezembro de 2005, destacam-se algumas conclusões importantes: a maior parte dos idosos ingressaram nos lares devido à incapacidade em gerir as próprias actividades de vida diária e de vigilância diária constante: em geral as instituições consentem o uso do telefone em privacidade; procuram auscultar regularmente os idosos no que respeita à sua satisfação em relação aos serviços prestados; permitem visitas de familiares ou amigos (de maneira condicionada/regulada); contudo, 45% dos lares inquiridos reconhecem não realizar reuniões formais periódicas com as famílias dos idosos (DGEEP/MTSS, 2009).

Porém e como vimos anteriormente, a missão destas instituições nem sempre é leva em conta. No fundo, as instituições que prestam apoio às pessoas idosas deparam-se com uma nova prioridade: adaptar os serviços existentes às necessidades dos idosos com demência e/ou desenvolver novas abordagens para satisfazer as necessidades destes indivíduos (Marques, 2013, cit. in McCabe, Davison, & George, 2007).

Em virtude da existência futura de uma maior percentagem de idosos, o número de idosos a viver só aumentará nos próximos anos, como aumentará também a incidência de doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes em consequência da idade.

É neste sentido que em 2006 o Conselho de Ministros aprovou o diploma que instituiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a Idosos e Dependentes (RNCCI), enquadrada juridicamente pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho. Esta rede foi criada porque “verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais,

que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”⁴.

O objectivo dos cuidados continuados assenta no princípio da adaptação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas das pessoas, possibilitando-lhes recuperar a autonomia para realizar as actividades de vida diária e minimizar os seus graus de dependência (DGEEP/MTSS, 2009). A crescente implementação destas novas respostas integradas, constitui uma dupla oportunidade, pois permite às pessoas em situação de dependência (seja de carácter transitório ou prolongado) ter acesso a um maior leque de opções de apoio, mais adequadas às suas necessidades clínicas e sociais; e permite às instituições do terceiro sector alargar as suas parcerias “capitalizando já uma longa experiência e tradição” neste âmbito (DGEEP/MTSS, 2009, p.30)

É imprescindível conseguir fazer progressos nos serviços oferecidos pelas instituições de longa estadia e apostar na formação, qualificação e motivação destas pessoas que lidam diariamente com a população idosa, para que lhes possam proporcionar as condições mais adequadas para o seu bem-estar físico e emocional. Esta ideia é defendida num estudo realizado por Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) onde referem que é necessário o desenvolvimento de programas integrados em instituições com o intuito de não só promover conhecimentos e competências específicas a ter nos cuidados a idosos com demência, como também desenvolver estratégias para promover o auto-cuidado e a gestão do *stress* e a sobrecarga emocional dos cuidadores formais.

A Lógica Organizacional do espaço e das áreas

Segundo Costa (2011), os idosos com demência têm especial necessidade de cuidados físicos e de supervisão pessoal. No fundo, são doentes muito sensíveis às variações do ambiente que os rodeia.

⁴ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho, εξχερτο δο πρε@μβυλο δο documento legislativo.

Para defender esta ideia Cohen e Weismann (1991), referem que podem ser utilizadas algumas intervenções no ambiente físico de forma a minimizar os efeitos negativos da progressão das mais variadas demências. Mencionam ainda que as pessoas com doença de Alzheimer necessitam de um ambiente organizado para que este possa compensar os seus défices cognitivos e, por outro lado, fortalecer as capacidades e habilidades que ainda restam (Costa, 2011).

Nos cuidados diários, os cuidadores formais devem procurar observar e atender aos pedidos da pessoa com demência de forma a facilitar a sua interação com o ambiente que o rodeia. Essa interação deverá ser permeada com informações compreensíveis ou sinalizações apropriadas para que o idoso possa posicionar-se em relação ao seu contexto físico e social (Costa, 2011).

Um ambiente adequado e seguro, não só poderá evitar acidentes que coloquem a condição física do indivíduo portador de demência em risco, como também poderá evitar conflitos de ordem psíquica que podem suceder pelo facto de existirem ambientes agitados e confusos. Costa (2011) refere alguns exemplos do que é recomendável, como por exemplo, ter o cuidado de não se colocarem no espaço visual do idoso demenciado espelhos, fotografias de pessoas estranhas, quadros e pinturas desconhecidos, e em geral todos os objectos que o demente não seja capaz de reconhecer de imediato.

No estágio inicial e moderado da doença, os indivíduos com doença de Alzheimer permanecem com relativa lucidez de consciência por algum tempo. Mesmo sem a capacidade para novas aprendizagens ou sem reconhecer correctamente os familiares, são capazes de continuar a realizar tarefas que fazem parte da sua rotina diária. Assim, todas estas particularidades devem ser tidas em conta no desenho de ambientes especiais para os idosos dementes, tendo como objectivo, a preservação da dignidade e da melhoria na qualidade de vida destas pessoas (Fischer, 1989).

Backhouse e Drew (1992), salientam que a adaptação ou a integração no ambiente de trabalho é importante para que ocorra a acomodação do mesmo. “Essa apropriação só será eficaz quando o espaço for simplificado, no que se refere à realização das actividades, tornando-se um ambiente de ajuda mútua” (p.575).

Perante isto, pode-se concluir que a organização do ambiente físico e social, em paralelo com a consciencialização dos cuidadores, representa uma importante via para o tratamento dos doentes com demência.

O papel e importância das equipas multidisciplinares

É comum nos dias de hoje encontrarmos diferentes profissionais nas estruturas para idosos: Assistentes Sociais, Educadores Sociais, Animadores Culturais, Fisioterapeuta, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, o Gerontólogo, que trabalham em equipa para proporcionar todos os cuidados necessários aos diferentes clientes das suas instituições.

Define-se antes de mais estas profissões segundo o Contrato Colectivo de Trabalho entre a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a FNE – Federação Nacional dos Sindicatos da Educação e outros.

Este afirma que o Assistente Social “estuda e define normas gerais, esquemas e regras de actuação do serviço social das instituições; procede à análise de problemas de serviço social directamente relacionados com os serviços das instituições; assegura e promove a colaboração com os serviços sociais de outras instituições ou entidades; estuda com os indivíduos as soluções possíveis dos seus problemas (descoberta do equipamento social de que podem dispor); ajuda os utentes a resolver adequadamente os seus problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável”.

O Educador Social “presta ajuda técnica com carácter educativo e social a Níveis, em ordem ao aperfeiçoamento das suas condições de vida; realiza e apoia actividades de Nível, de carácter recreativo, para crianças, adolescentes, jovens e idosos.”

Relativamente ao Animador Cultural afirma que este “organiza, coordena e ou desenvolve actividades de animação e desenvolvimento sociocultural junto dos utentes no âmbito dos objectivos da instituição; acompanha e procura desenvolver o espírito de pertença, cooperação e solidariedade das pessoas, bem como proporcionar o desenvolvimento das suas capacidades de expressão e realização, utilizando para tal métodos pedagógicos e de animação.”

O Fisioterapeuta “analisa e avalia o movimento e a postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.

Já o Psicólogo “estuda o comportamento e os mecanismos mentais do homem e procede a investigações sobre problemas psicológicos em domínios tais como o fisiológico, social, pedagógico e patológico, utilizando técnicas específicas”.

O Terapeuta Ocupacional “elabora, sob prescrição médica, a partir da observação directa do doente e conhecimento dos respectivos antecedentes, o plano terapêutico, consoante a deficiência diagnosticada pelo médico; procede ao tratamento do doente, através da orientação do uso de actividades escolhidas, tais como domésticas, jardinagem, artesanais, desportivas, artísticas e sócio -recreativas, e orienta o doente, a família e outros elementos do seu agregado laboral e social”.

Concretamente o Gerontólogo está habilitado para a prestação de cuidados de saúde básicos a idosos, tendo em vista a minimização ou eliminação de situações de debilidade psicológica e física, inerentes a processos do envelhecimento natural (envelhecimento primário) ou a processos patológicos (envelhecimento secundário); promoção de serviços de apoio a idosos que viabilizem a cidadania plena em termos de direitos, necessidades, integração e de valorização do papel social; promoção do envelhecimento activo e produtivo; investigação e desenvolvimento de políticas, programas e projectos sobre o envelhecimento e os idosos (adaptado de Martin, 2006).

Como vimos, uma equipa multidisciplinar é formada por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, permitindo uma troca de saberes mas que trabalham em prol de um único objectivo. O importante é o trabalho em conjunto. São estes técnicos e muitos outros que reúnem os seus conhecimentos em prol da população com que trabalham, neste caso, o que pode ser feito para melhor a qualidade de vida dos idosos com demência (Cunha, 2012).

Esta equipa permite uma acção clínica, social, ocupacional e cognitiva unificada decorrente de ângulos diferentes do saber. Permite dotar cada um dos seus elementos, de estratégias com as quais podem desenvolver uma resposta mais integradora à situação em questão. Ao contrário da visão isolada de cada um dos profissionais, que possuem um olhar para o problema de acordo com a sua experiência.

Tom Kitwood propôs um modelo capaz de contrariar que os cuidados nas instituições se focam essencialmente na tarefa que conduz a uma despersonalização das pessoas com demência onde as características individuais não são valorizadas (Cohen-Mansfield,, Creedon, Malone, Parpura-Gill, Dakheel-Ali, & Heasly, 2006). Assim, o modelo de

Cuidado Centrado na Pessoa consiste em “reconhecer o indivíduo com demência como uma pessoa capaz de experienciar a vida e as relações apesar do avanço progressivo da doença; oferecer e respeitar as suas escolhas; incluir a sua história de vida no cuidado e focar no potencial da pessoa (Marques, 2013, p. 18).

Como nos refere Marques, Cruz, Barbosa, Figueiredo e Sousa (2012), o Cuidado Centrado na Pessoa é um cuidado individualizado a cada residente face às suas características individuais, crenças, valores, necessidades e preferências, reconhecendo que estas podem variar ao longo do tempo.

A implementação deste modelo tem um impacto ainda mais positivo na percepção do cuidado se for desenvolvido por uma equipa multidisciplinar.

É fundamental que, no trabalho multidisciplinar de uma Instituição, exista desde logo uma prevenção dos problemas adversos da doença de Alzheimer, tais como a perda de capacidades relacionadas com o autocuidado e a manutenção do funcionamento físico e psicológico. Para além disso, é necessário que exista também um acompanhamento do idoso (e familiares) desde a sua entrada (Marques, 2013).

3.2. Intervenção ao nível social

Os efeitos severos que a doença acarreta em qualquer idade são significativos para os indivíduos, para família e para a comunidade e por isso impõe-se uma intervenção interdisciplinar, capacidades de liderança, avaliação e comunicação por parte do Assistente Social (Cox, 2007). Perante um diagnóstico clínico confirmado, este profissional deverá assumir um compromisso de cuidar formalmente do utente (Antunes, 2011).

São várias as teorias que sustentam a intervenção dos Assistentes Sociais, na perspectiva centrada na pessoa, em que a avaliação ajudará os clientes a superar desafios da doença. Esta abordagem “declara que toda a pessoa possui uma personalidade única tal como a sua história de vida” e o cuidado proporcionado centra-se na globalidade da pessoa, logo é necessário conhecer a complexidade do indivíduo e a multiplicidade de características que o definem (Antunes, 2011, p. 16).

Segundo Andrade (2009), a papel do Assistente Social é preponderante na entrada de um idoso na instituição pois avalia, planeia, organiza e acompanha todo o processo

envolvente na admissão deste. Deste modo, este autor distingue 3 fases do percurso do idoso até à institucionalização e depois dela.

1º Fase: Atendimento

Este é um momento de extrema importância pois é onde o Assistente Social deve estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, para de seguida realizar o estudo da situação-económica e familiar do idoso. No atendimento, o profissional tem como função informar o idoso e a sua família sobre os vários aspectos ligados à admissão do mesmo: os seus direitos, os serviços que podem usufruir, o regulamento interno, os valores da mensalidade, o horário de funcionamento, os procedimentos formais (preenchimento de documentos), entre outros aspectos. Em simultâneo, desenvolve a capacidade do idoso ter acesso à informação necessária para a sua integração institucional e promove o seu conforto e apoio emocional através de uma simples conversa.

2ª Fase: Institucionalização

Aqui há um atendimento, depois a integração e apresentação da instituição ao idoso. Ao Assistente Social cabe fomentar e reforçar as relações entre os idosos, os familiares, os amigos e/ou a comunidade de modo a incentivar o contacto intergeracional que é cada vez mais importante para o aumento do bem-estar do idoso institucionalizado.

3ª Fase: Saída do Idoso

Na 3ª fase, defende-se que a responsabilidade do Assistente Social é tomar conhecimento e realizar todas as diligências necessárias aquando da saída de um utente seja esta por motivo de encaminhamento para outra instituição e/ou valência, quer seja para casa dos familiares ou por falecimento.

Tendo em conta a tradição e o compromisso do serviço social em compreender e avaliar o ambiente em que as pessoas se encontram, podem-se considerar duas perspectivas: ecológica e sistémica. Ambas, segundo Kuhn (2007), são capazes de intervir ao nível das dinâmicas relacionais, trabalhar em conjunto com instituições e outros serviços sociais da comunidade. Seguindo o modelo ecológico, as pessoas e o ambiente onde estão inseridas, são observados como interdependentes, complementares de um todo que se encontra em mudança e modificando-se mutuamente a natureza complexa da doença de Alzheimer afecta o indivíduo até à sua dependência total de cuidadores

informais ou formais (Antunes, 2011). Aqui o profissional do serviço social, aborda e comunica com os diversos sistemas onde a pessoa se insere tal como a família, amigos ou outras pessoas que proporcionam cuidados (Kuhn, 2007).

As relações interpessoais de cada um são moldadas por normas sociais e expectativas na forma de atitudes, crenças, costumes, políticas, leis, especificamente o sistema de saúde e os serviços sociais. Deste modo, para além da promoção das relações interpessoais o assistente social promove o bem-estar e a qualidade de vida do cliente, e também da sua família (Kuhn, 2007).

O papel e importância da família no seio de uma intervenção

A família é uma importante estrutura social, desde que nascemos até à idade em que somos adolescentes, tendo um papel principalmente educativo até à velhice, assumindo nestes casos, um papel de cuidados para que o idoso mantenha o seu equilíbrio físico e afectivo (Santos, 2008). A família é a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. É na família e com a família que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital.

Cuidar de um idoso com demência afecta de uma forma geral a identidade da família, assim como o desempenho de funções de cada um dos seus membros e o seu normal funcionamento. Quando se prestam cuidados a estas pessoas, implica que exista uma relação de entreajuda no sentido de satisfazer as necessidades principais do doente. Santos (2003) refere que, quando há uma alteração numa das partes, o todo é afectado uma vez que na família, cada um desempenha o seu papel de forma a permanecer o equilíbrio.

Segundo Paúl (1997), pelo facto da sociedade estar em constante evolução, o papel das redes informais no apoio aos elementos mais velhos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se cada vez mais difícil. Desta forma, a institucionalização surge como o último recurso para estes idosos e para as suas famílias que não têm mais condições sócio-económicas para sustentarem uma situação de um doente com necessidades acrescidas.

Para alguns autores, o apoio social é considerado como uma função principal destas redes sociais, “envolvendo transacções interpessoais e englobando diversos tipos de apoio específicos, prestados por indivíduos, grupos ou instituições” (House, 1981,

citado por Barrón, 1996, p. 100). Contudo, estas redes não se caracterizam apenas por fornecer apoio, segundo Coimbra (1990), aludem também às relações sociais e às suas características.

O apoio social/familiar, terá um efeito benéfico e directo sobre o bem-estar da pessoa idosa institucionalizada, na medida em que quanto maior for este apoio, menos será o mal-estar psicológico percebido, e quanto menor for o apoio maior será a ocorrência de transtornos (Martins, 2005). Figueiredo (2007), compreende a mesma ideia que este autor, referindo que o “apoio social tem sido considerado como uma das principais variáveis “amortecedoras” dos efeitos negativos do *stress*: quanto mais elevados os níveis de suporte social, maior a atenuação das consequências negativas do *stress*” (p.169). Ramos (2001), refere também que uma das razões pela qual este apoio se torna tão importante para um individuo, é que “poderá radicar nos benefícios do suporte social relacionados com o stress: o sentir-se amado, querido e cuidado incrementa as expectativas positivas de auto-eficácia, as avaliações cognitivas mais realistas das potenciais ameaças e os repertórios de *coping* das pessoas” (Figueiredo, 2007, p. 169-170).

No fundo, o papel das redes sociais torna-se preponderante no processo de envelhecimento, pois assume um efeito protector de evitar o *stress* ou um efeito “almofada” que amortece o *stress* associado ao envelhecimento e à velhice (Paúl, 2005).

Não esquecendo que um idoso com demência afecta famílias, amigos e comunidades, a intervenção do Assistente Social pode estar ligada “directamente com os indivíduos no sentido de assegurar que os sistemas onde integram são realmente o suporte de que necessitam e que respondem às suas necessidades” (Cox, 2007, p. 6). Assim, a sua intervenção com a família torna-se preponderante, na medida em que vai articulando e mantendo um “*fio condutor*” nas acções de suporte à família. Deverá neste sentido possuir competências para intervir na família como uma unidade, trabalhar com a família no sentido de dar sentido ao seu mundo, explorar diferenças e alternativas para a família cuidadora (Antunes, 2011).

O papel do Assistente Social passa por situar o indivíduo dentro do seu sistema familiar e comunitário, tendo em conta que o sistema de valores e normas não tem constância, que variam de indivíduo para indivíduo e que apesar de se trabalhar para o grupo, cada individuo tem uma identidade própria. Portanto, o Assistente Social assume o papel de

mediador, que pressupõe autonomia técnica, um posicionamento aberto, uma capacidade de diálogo e de acção e uma competência acrescida.

O sucesso do processo de prática está dependente da relação estabelecida, e os Assistentes Sociais adoptam por estabelecer uma relação profissional alicerçada na confiança, comunicação e na participação, utilizando a proximidade, a empatia como vínculo para a confiança, segurança e suporte (Antunes, 2011).

De uma forma resumida, podem-se indicar algumas das funções deste profissional junto da família de um idoso com demência, nomeadamente:

- Suporte ao doente e/ou família, ajudando-o (s) a enfrentar as mudanças provocadas pela doença, nomeadamente ao nível físico, emocional, comportamental, familiar, profissional, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida;
- Suporte ao doente e/ou família no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na selecção de estratégias, na melhoria da comunicação e na prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar;
- Fomentar a prestação integral e integrada dos cuidados, assegurando o acompanhamento e o cumprimento do plano individual de cuidados flexível, contínuo e articulado.

A intervenção familiar surge aqui como um ponto fundamental para obter benefícios significativos nos cuidados com os indivíduos doentes de Alzheimer. É necessário existir o apoio, a união e o carinho da família, a qual deve demonstrar um breve conhecimento e compreensão não só da doença, mas especialmente da evolução individual desta.

Segundo Marriott, Donaldson, Tarrier e Burns (2000), a intervenção familiar engloba três componentes: “a educação dos cuidadores, a gestão do *stress* e o treino das estratégias de *coping*”. Esta intervenção reduz substancialmente a sobrecarga nos cuidadores e as perturbações comportamentais nos doentes (Ponciano, Cavalcanti, & Féres-Caneiro, 2010). No fundo, as famílias necessitam de informação básica, formação em cuidados e “estratégias de *coping*” para lidarem com a mudança de papéis, responsabilidades e de saber como comunicar com o seu familiar com Alzheimer (Antunes, 2011). Dessa forma, “os dispositivos de ajuda aos cuidadores devem basear-

se na informação, formação, suporte, alívio e intervenção psicoterapêutica, numa lógica de coordenação, precocidade e adaptação dos serviços” (Pereira, 2011, p.66).

A operacionalização das intervenções ao nível do apoio psicológico está determinada para a remodelação das cognições do cuidador, através da descoberta de novas formas de *coping* e de novas maneiras de raciocinar (Brito, 2001; Imaginário, 2004).

Os grupos de auto-ajuda ou grupos de suporte surgem das iniciativas mais importantes no sentido de aliviar a sobrecarga dos cuidadores/familiares, pois facultam apoio emocional, informação, companhia e a possibilidade de interromper temporariamente a actividade de cuidar, concentrando a sua intervenção no cuidador e não no doente (Mitchell, 1996). Também estes grupos contribuem para a diminuição do isolamento e redução dos níveis de *stress* do cuidador, facultam apoio prático e moral, auxiliam na compreensão de todo o processo de doença e no reconhecimento das suas próprias carências (Wilcock cit. in De La Rica e Hernando, 1994).

A escassez de informação e o sentimento de incapacidade para a prestação dos cuidados diários às pessoas com doença de Alzheimer são referidos como dificuldades percebidas, “capazes de afectar de forma significativa o desempenho do cuidador e a capacidade de continuar no acto de cuidar” (Pereira, 2011, p.68), pelo que segundo Brito (2001) é necessário pensar em programas de educação do cuidador.

Alguns estudos têm-se centrado na assistência aos cuidadores de doentes de Alzheimer no sentido de os habilitar para lidar com a dependência nas AVD’s e as alterações comportamentais, desenvolvendo intervenções com a finalidade de otimizar a capacidade do autocuidado ou de permitir ao cuidador suporte informativo e competências técnicas que contribuam para desenvolver capacidades e prevenir comportamentos indesejáveis no doente, diminuindo assim o risco de institucionalização (Chang, 1999; Proctor, Martin e Hewison, 2002). A formação sobre os aspectos práticos assume um papel importante no sentido de habilitar os cuidadores para lidar com a doença diminuindo estados de confusão e estimulando o doente (Simões, 1994).

A procura de informação é mencionada por Nolan et al. cit. in Brito (2001) como uma das estratégias de *coping* mais utilizada pelos cuidadores. Todavia, as intervenções junto dos cuidadores devem ir para além da informação sobre os recursos de saúde

existentes e da educação sobre os cuidados a prestar, sendo primordial atender às necessidades do próprio cuidador, ajudando-o a assumir esse papel (Pereira, 2011).

Na mesma linha de pensamento, também os **programas educacionais e o treino do cuidador** geram grandes melhorias nos níveis de *stress* deste e do doente, bem como das perturbações de comportamentos do paciente e a reacção dos cuidadores a estes. Este tipo de intervenção, apresenta bastante eficácia em diversos casos, sendo que, segundo (Engelhardt, 2005) “direccionadas para os cuidadores e para os pacientes, permitem diminuir o *stress* decorrente da patologia”.

Perspectivando uma visão mais clara acerca das dificuldades e mudanças que ocorrem ao longo da doença, a intervenção familiar torna o comportamento dos cuidadores mais consistente face às contingências da própria doença de Alzheimer, de forma a que as situações se tornem mais previsíveis (Lucas, 2013).

3.3. Intervenção ao nível ocupacional

Segundo Osório (1997), “a prática da animação sociocultural tem a missão de criar uma nova imagem cultural alternativa à visão negativa do envelhecimento” (p. 262). Este autor defende que as principais funções da Animação Sociocultural na terceira idade são: transformar os idosos em protagonistas do seu próprio desenvolvimento; gerar processos de participação; criar espaços para a comunicação entre as pessoas e estimular processos de desenvolvimento social e cultural.

Sem dúvida que, é fundamental que os idosos possuam uma ocupação, onde exerçam actividades que lhes proporcionem prazer e os façam sentir úteis, visto que a falta de ocupação tem efeitos negativos sobre qualquer humano. A animação apresenta-se assim como um processo cujas actividades se podem adequar à Terceira Idade. No fundo, visa proporcionar à pessoa idosa actividades que a valorizem como indivíduo, que fomentem a sua auto-estima, a sua participação, a sua integração em actividades sociais, que promovam todas as condições que as façam viver com alegria, dinamismo e a coloquem em contacto com a sociedade. “A manutenção de uma actividade é indispensável para a preservação da saúde física, psíquica e mental. É conveniente que esta actividade seja diversificada: exercício físico, trabalho intelectual ou manual, entre outras” (Bize, 1985, p.44).

Com o mesmo grau ou maior importância que as actividades de Animação Sociocultural, também as actividades de Terapia Ocupacional têm um papel preponderante na vida de um idoso institucionalizado.

Segundo Almeida (2011, cit. in Townsend & Polatajko, 2007) a Terapia Ocupacional “é a arte e a ciência de permitir o envolvimento na vida diária, através de actividades; de capacitar as pessoas para realizarem as suas ocupações e promover a saúde e o bem-estar, e de favorecer uma sociedade justa e integradora, para que todas as pessoas possam participar nas ocupações da vida diária” (p.8).

Perrin, May e Anderson (2008, cit. in Costa, 2011, p. 64) definem que “a ocupação é tudo aquilo que cada um de nós escolhe para se dedicar e, porque tem um valor e significado, habitualmente compromete o nosso tempo, atenção e ambiente”.

Na intervenção com o idoso, o Terapeuta Ocupacional age como um facilitador que o capacita a fazer o melhor uso possível das capacidades que ainda possui. No fundo, pretende-se que o idoso tenha um desempenho o mais independente possível, salientando as áreas do auto cuidado, do lazer, da manutenção dos seus direitos e papéis sociais (Ferreira e Clos, 2006).

Tendo em conta que a Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde e utiliza a actividade como recurso terapêutico, os seus benefícios são multifacetados. O apoio na saúde e a participação na vida através do envolvimento em ocupações são os resultados mais amplos da intervenção. O aumento do desempenho ocupacional do idoso, bem com a percepção da auto-eficácia sobre a sua vida e sobre as suas capacidades, são aspectos de resultados positivos (Carleto et al., 2010).

Na Doença de Alzheimer, a Terapia Ocupacional tem como objectivo maximizar a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida do doente, tal como fornecer (in)formação aos prestadores de cuidados, sejam eles cuidadores formais ou informais (Jacinto, 2009). Procura-se não só prevenir a deterioração das competências cognitivas, sensoriais-motoras e sociais do individuo, como também compensar os défices já existentes. Neste sentido, o profissional em conjunto com os prestadores de cuidados deve proporcionar um ambiente seguro e adequado à condição particular do individuo (World Federation of Occupational Therapy, 2004).

Segundo Larson et al (1996), são vários os recursos que podem contribuir para melhorar o desempenho ocupacional dos indivíduos com demência, mas para tal deve-se

considerar a possibilidade de prolongar o máximo possível a preservação das capacidades remanescentes da pessoa, prevenir o excesso de incapacidades, melhorar a capacidade funcional a curto prazo e diminuir a sobrecarga física e psicológica dos prestadores de cuidados (Zolini, Garcia, Matos e Paquete, 2008).

Todos os profissionais de saúde utilizam um método inicial de intervenção: a avaliação para recolher informações e identificar o problema dos seus pacientes. No caso dos doentes de Alzheimer, além da recolha de dados também é importante a entrevista com o cuidador, na medida em que este irá fornecer informações sobre a história ocupacional e ainda fornecer dados acerca do estado actual e prévio do desempenho nas Actividades de Vida Diária (AVD's), bem como o estado de progressão da doença (Corregidor, Moralejo e Ávila, 2007).

Segundo Costa (2011), as AVD correspondem às que qualquer indivíduo realiza no seu dia-a-dia. Estas “abrange tarefas simples e elementares, como o vestir, fazer a higiene corporal, alimentar-se – actividades *básicas* – até às mais elaboradas como o deslocar-se, utilizar meios de transporte público, jogar cartas, atender o telefone ou pagar as contas – actividades *instrumentais*” (p.62). Podem ainda ser *activas* ou *passivas*, dado que podem ser feitas sozinho ou com o apoio de terceiros.

Como vimos, a intervenção inicia-se com a avaliação do estado cognitivo e dos níveis de independência – dependência funcional nas AVD, capacidades, interesses e agilidade para identificar os défices no paciente (Mota, Moura & Moura, 2012). Deste modo, se destaca a importância do Terapeuta Ocupacional avaliar as capacidades cognitivas do portador da Doença de Alzheimer para que seja traçado um plano terapêutico o mais correto possível (Ward, 2002).

Tendo em conta que a actividade é necessária para qualquer idoso, e também para idosos com demência, deve-se ter em conta que nem todas as actividades estão indicadas para todos os casos. Costa (2011) refere que o cuidador formal, e com especial atenção para o terapeuta ocupacional têm de conhecer quais as tarefas que mais se adequam a cada idoso e naturalmente a cada doente, para que não se force o mesmo a realizar tarefas que ele no passado evitava ou não gostava de fazer.

Rodrigues (1999) refere que a regulamentação própria da instituição abarca a totalidade da vida quotidiana, limitando a possibilidade dos idosos organizarem as suas actividades diárias. Assim, torna-se essencial descobrir uma forma de apoiar o idoso a

ocupar de um modo construtivo e lúdico o seu tempo, realizando diferentes actividades adequadas aos seus interesses e ao seu modo de vida.

Segundo Ferriotti (2001), existe um leque de actividades que a Terapia Ocupacional pode utilizar no seu trabalho junto ao idoso. Da mesma forma, a OMS em 1993 aprovou algumas terapias para intervir junto com a pessoa portadora da Doença de Alzheimer. Estas não só procuram reabilitar as funções cognitivas como também os aspectos sociais e comportamentais:

- ✓ **Actividade física/funcional (treino e reabilitação de AVD's):** o treino deve ser realizado no contexto da pessoa com demência, para que a aprendizagem e a generalização das estratégias fornecidas pelo terapeuta ocupacional ocorram de forma mais eficaz. Este profissional deve, inicialmente, conhecer quais as actividades que estão limitadas e quais as dificuldades que o indivíduo apresenta na sua realização. Posteriormente, deve propor estratégias à pessoa com demência e ao cuidador, assim como realizar adaptações necessárias tanto das actividades como dos contextos (Boyle e Pollock, 2003).
- ✓ **Dinâmicas de grupo** com o objectivo de desenvolver expressão de sentimentos e estimular as relações interpessoais;
- ✓ **Actividades expressivas** – manuais, artesanais, artísticas;
- ✓ **Reabilitação da memória:** tem como objectivo a melhoria na performance, através de técnicas específicas ou estratégias e auxílios externos (Ávila, 2003). O treino cognitivo de habilidades específicas, como a memória e a linguagem, pode revelar-se uma ferramenta útil, sendo que determinadas técnicas permitem alcançar melhorias na actividade do dia-a-dia (Engelhardt, 2005). Na reabilitação aos utentes, o treino deve envolver tarefas relacionadas com défices individuais específicos, além que deve também ser realizado dentro do próprio ambiente em que a habilidade será posteriormente usada;
- ✓ **Terapia de orientação para a realidade:** consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica. Esta informação vai ajudar o utente a identificar melhor o espaço, o tempo, a sua habitação, etc. Tem-se como objectivo manter o idoso orientado e evitar que este perca capacidades preceptivas (Sequeira, 2010);

- ✓ **Terapia por reminiscências:** procura que os idosos falem sobre as suas experiências passadas e conflitos, levando deste modo à estimulação da memória remota. Os acontecimentos passados são evocados e desenvolvidos à volta da informação que a própria pessoa recorda. Para auxiliar, podem ser utilizados objectos como fotografias, músicas, vídeos, livros, revistas, jornais, artigos domésticos e outros estímulos que possam ser eficazes e significativos (Pinkney, 1997);
- ✓ **Terapia de validação:** desenvolvida para estimular a comunicação entre idosos com défices cognitivos. Tem como principais benefícios a recuperação da auto-estima, a redução da necessidade de apoios físicos e farmacológicos, a promoção da comunicação e interacção com os outros, a redução da tensão emocional e ansiedade, e a ajuda na resolução de assuntos iniciados (Sequeira, 2010);
- ✓ **Modalidades de intervenção social e ambiental:** visam fundamentalmente modificar o meio do idoso, de forma a tornar mais favorável o seu dia-a-dia e facilitar a acção do familiar/cuidador. A maior parte destas medidas servem para reduzir ao máximo a dependência do idoso, o que, por vezes, pode ser conseguido através da alteração de espaços físicos, melhor sinalização, etc. (Sequeira, 2010);
- ✓ **Presença simulada:** são apresentadas à pessoa idosa com demência memórias autobiográficas positivas, sob a forma de conversa telefónica (é usada, normalmente, uma cassette de áudio, gravada por um familiar ou amigo);
- ✓ **Instrução especial individualizada:** consiste em sessões de 30 minutos de atenção individual focalizada e na realização de actividades adaptadas a cada participante;
- ✓ **Terapia da auto-manutenção:** pretende ajudar a pessoa idosa com demência a manter a noção de identidade pessoal, continuidade e coerência. Este tipo de intervenção incorpora técnicas de validação, reminiscência e psicoterapia;
- ✓ **Técnicas standard de gestão de comportamentos:** são técnicas menos específicas que consistem na entrega de um manual de tratamento que serve de guia para a relação doente-cuidador ou na solução de problemas com o cuidador.

De facto, parece evidente que estas técnicas de intervenção não farmacológica no idoso com demência trazem benefícios na sua utilização, nomeadamente quando utilizadas de forma integrada com o contexto em que o idoso se insere. Contudo, é imprescindível ter em conta que, os tratamentos não procuram a cura desta patologia, mas sim a promoção do alívio dos défices cognitivos e alterações comportamentais, bem como a melhoria da qualidade de vida do utente e da família (Bottino et al. 2002).

3.4. Intervenção a nível físico e motor

Proveniente do processo de envelhecimento, o declínio das capacidades físicas e as alterações ao nível fisiológico originam uma diminuição da capacidade funcional, levando assim à dependência física dos idosos (Andrade, 2013).

Para muitos, envelhecer parece estar relacionado com incapacidade, com uma perda de força, vitalidade e aptidão. Segundo a OMS (2002), algumas tarefas da vida diária como subir as escadas, vestir e entrar e sair da banheira, contribuem para que a pessoa idosa se sinta desanimada, pois é nesta altura da vida que estas experiências se tornam mais difíceis. Todavia, esta diminuição da funcionalidade, associada ao envelhecimento, deve-se sobretudo à falta de actividade física (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002).

Importa agora diferenciar a actividade física de exercício físico. Para Andrade (2013, cit. in Fontane, 1990), a actividade física é um “comportamento físico contínuo que inclui actividades de vida diária, actividades instrumentais da vida diária, actividade em geral e exercício, exercício de aptidão e treino de exercício” (p.10). Assim sendo, a actividade física são todos os movimentos do corpo produzidos pelos músculos-esqueléticos que necessitam de consumo energético e produzem benefícios na saúde (Australian Government Department of Health and Aging, 1999; Serafim, 2007). A actividade física não pode ser confundida com a prática de desporto, pois inclui qualquer actividade diária tal como andar, jardinar e até actividades de exercício organizado (OMS, 2011).

Já por exercício físico entende-se que se trata de uma “subcategoria da actividade física que é planeada, estruturada e repetitiva, resultando na manutenção ou melhoria de um ou mais aspectos da condição física” (Andrade, 2013, p.11). Define-se com uma forma

regular de alcançar resultados de aptidão desejáveis, tais como melhorar o nível de saúde em geral ou o desempenho físico (Bouchard & Shephard, 1994; OMS, 1998).

Todas as pessoas idosas devem fazer algum tipo de actividade física, independentemente da sua idade, do peso, dos problemas de saúde ou das capacidades que tenham (Australian Government Department of Health and Aging, 1999) pois a sua participação regular em actividades físicas pode retardar o aparecimento dos declínios funcionais (OMS 2002). Além disso, tal como refere Andrade (2013) não existe medicamento que, de forma tão segura e efectiva, reduza a idade biológica de uma pessoa e a sua experiência de qualidade de vida.

A actividade física é um método para trabalhar a promoção da saúde, dado que a sua presença constitui um factor positivo na prevenção do aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas e degenerativas (Catarino, 2011). Forti (2004) menciona que “a prática de exercícios físicos produzem uma série de adaptações morfofuncionais, cujos efeitos benéficos acabam por prevenir algumas das enfermidades degenerativas” (p.244).

Costa (2011) e Ribeiro (1998) referem que têm sido realizados alguns estudos que revelam que a prática de exercício regular ou actividade física regular contribui, claramente, para a melhoria da qualidade de vida da população idosa com ou sem demência. Um conjunto de desordens e incapacidades pode ser prevenido ou minimizado através da prática de exercício regular (Gil, 2005). Segundo Oliveira, Ribeiro, Borges e Luginger (2005), a força muscular, o equilíbrio e a resistência podem ser desenvolvidas através da realização de programas de actividades de movimento, cuidadosamente delineadas para as pessoas com demência.

A manutenção das competências motoras encontra-se directamente relacionada à permanência das competências cognitivas e sociais, pois se as funções motoras se mantêm, o idoso com demência sente-se mais capaz, aumentando portanto o seu sentido de eficácia que resulta da melhoria da sua participação (Gil, 2005).

Como vemos, a prática da actividade física está associada não só à melhoria da qualidade de vida nos idosos como também à obtenção de benefícios biológicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Já em estudos realizados nas décadas de 30 e 40 do século XX acerca dos efeitos da actividade física em idosos, mostram que esta

actividade realizada de forma regular e correta, detém as perdas funcionais facultando-lhes mais autonomia e melhor qualidade de vida (Reis, 2012).

Dentro dos efeitos positivos, em relação aos aspectos biológicos pode-se destacar a redução da taxa de mortalidade e morbilidade ligada a doenças cardiovasculares, cancro, osteoporose, osteoartrite, diabetes e obesidade (Serafim, 2007). Outro benefício diz respeito à melhoria da auto-imagem e da auto-estima, que está associado ao aumento da alegria, da auto-eficácia, do autoconceito, da imagem corporal e da qualidade de vida. É certo que ser activo fisicamente, de conseguir realizar as actividades de vida diária e exercitar-se, são os princípios que terão efeitos positivos sobre o que o idoso sente (Serafim, 2007).

Gobbi (1997) refere que a actividade física traz também benefícios fisiológicos, nomeadamente benefícios imediatos como a regularização dos níveis de glicose sanguínea e a qualidade do sono e benefícios a longo prazo como a melhoria ao nível cardiovascular, resistência, flexibilidade, equilíbrio, coordenação e velocidade de movimento e diminuição da incidência de doenças músculo-esqueléticas. Na mesma linha, Nieman (1999) e Catarino (2011) salientam alguns benefícios ao nível fisiológico tais como a diminuição da pressão arterial, a melhoria do sistema nervoso, a diminuição dos factores que originam quedas, a manutenção ou melhoria da densidade corporal óssea reduzindo, portanto, o risco de osteoporose, a melhoria da postura e a redução de ocorrência de cancro.

No âmbito dos benefícios relacionados com os aspectos psicológicos, está a diminuição da ansiedade, a satisfação com a aparência, a diminuição do número de casos de depressão e a melhoria de alguns aspectos cognitivos (Deps, 1993 e Okuma, 1998).

Ao procurar examinar a relação entre a actividade física e outras características do estilo de vida, e a mortalidade e duração de vida, num estudo realizado por Paffenbarger e seus colaboradores (1986 cit. in Ribeiro, 1998), verificaram que a actividade física (como andar, subir escadas e praticar desporto) tinha uma relação contrária com a mortalidade total, nomeadamente com a mortalidade por doença do aparelho cardio-respiratório. McGinnis (1992, cit. in Ribeiro, 1998), no seu estudo revelou o grande impacto da actividade física na saúde/doença, defendendo a importância da actividade física na saúde pública. Ainda Lamb e seus colaboradores (1991 cit. in Ribeiro, 1998) verificaram que as pessoas que praticavam exercício regularmente apresentavam uma

melhor saúde objectiva e uma melhor percepção de saúde do que as pessoas que não praticavam nada. Deste modo, a actividade física é uma estratégia de ganho de saúde, dado que se identifica que a sua falta se constitui como um factor de risco para o aparecimento de diversas doenças (Catarino, 2011).

No processo de envelhecimento, a preservação da memória, a cognição e as funções executivas tornam-se numa das grandes preocupações dos idosos. O declínio neurocognitivo acontece com o avançar da idade devido à redução da vascularização do cérebro e diminuição dos neurotransmissores do sistema nervoso central. A actividade física regular surge, assim, para reverter alguns destes aspectos e afecta de forma positiva o número de processos cognitivos. Para além disso, segundo a OMS (2002) e Rahl (2010), o papel da actividade física no contexto das demências revela-se uma vez mais de extrema importância dado que já existem evidências de que as pessoas idosas fisicamente activas apresentam uma menor prevalência de doenças mentais do que os não-activos.

Por exemplo, um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos demonstrou uma taxa de incidência de demência de 13% por 1000 pessoas/ano para idosos que faziam exercício três ou mais vezes por semana. Já aqueles que se faziam exercício menos de três vezes obtiveram uma taxa de incidência de 19,7% por 1000 pessoas/anos (Larson, Wang, Bowen, et al). São valores significativos e que devem ser encarados pelas pessoas idosas como um estímulo para a prática de actividade física e para a extinção do sedentarismo nas suas vidas, já que existem estudos que sugerem que os idosos não sedentários apresentam menor frequência de depressão (Benedetti, Borges, Petroski & Goncalves, 2008).

Na mesma linha de pensamento Lampinem, Heikkinen, & Ruoppila (2000) num estudo realizado com idosos, constataram que aqueles que tinham diminuído a intensidade do exercício físico durante oito anos, indicaram sintomas mais depressivos em comparação com aqueles que se mantiveram activos ou que tinham aumentado os níveis de actividade física.

Portanto, reafirma-se a importância da manutenção de um estilo de vida activo e a sua recusa em permanecer inactivo. A actividade física consegue reduzir ou atrasar os riscos de demência, ainda que não se possa afirmar que a evita (Benedetti, Borges, Petroski & Goncalves, 2008).

Refere Meirelles (2000) que o principal objectivo da actividade física nos idosos “é o retardamento do processo inevitável do envelhecimento, através da manutenção de um estado suficientemente saudável, se não perfeitamente equilibrado, que possibilite a normalização da vida do idoso e afaste os factores de riscos comuns na terceira idade” (p.76).

Para os idosos, aqueles com mais de 70 anos, Serafim (2007, p. 115 e 116) menciona alguns dos principais benefícios desta actividade:

- “Combate a fragilidade originada pelo sedentarismo;
- Minimização das transformações biológicas do envelhecimento;
- Promoção do controle de doenças crónicas;
- Inversão da síndrome de desuso;
- Aumento da mobilidade e das funções físicas;
- Promoção da reabilitação de enfermidades agudas e crónicas;
- Maximização da saúde psicológica”.

De uma forma geral, a nossa saúde e o nosso bem-estar podem ser optimizados através da actividade física e para tal deve ser praticado ao longo da vida. O exercício e a actividade física na Terceira Idade são essenciais pois contribuem para a melhoria de inúmeros factores, particularmente a melhoria da aptidão físico-motora, o aumento da tonicidade e das resistências musculares e cardiorrespiratórias. Contudo, é necessário existir um prévio conhecimento e identificação dos grupos de risco, de modo a permitir a orientação de planos com actividades físicas adequadas e a rentabilizar os serviços de saúde e sociais disponíveis na comunidade (Serafim, 2007).

3.5. Intervenção a nível cognitivo

Nos últimos tempos, com este crescimento do fenómeno do envelhecimento populacional, a Doença de Alzheimer tem-se transformado num problema de grandes proporções médicas e sociais. Segundo a Alzheimer Portugal (2009), esta doença é o quarto grande problema da saúde em todo mundo e a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, apenas sendo precedida pelas doenças cardiovasculares e pelo cancro.

Tendo em conta o número cada vez mais elevado de indivíduos afectados com a doença de Alzheimer (doentes e familiares) e o seu impacto associado, tornar-se imprescindível fazer um diagnóstico precoce na medida em que se consiga fazer uma intervenção mais adequada á realidade.

Presentemente, não existe qualquer intervenção médica conhecida que consiga parar ou prevenir totalmente o aparecimento da deterioração cognitiva associada à demência (Cardoso, 2012 cit. in Clare, 2008). Segundo os resultados do Projecto European Collaboration on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe, o tratamento farmacológico em combinação com a intervenção não farmacológica (estimulação cognitiva), produz resultados benéficos em relação ao nível cognitivo e ao nível comportamental dos doentes com demência, ou seja, torna a evolução da doença mais lenta e permite uma maior autonomia e independência, dando uma melhor qualidade de vida ao individuo (Alzheimer Portugal). Segundo Soares (2006), prevenir o declínio das capacidades cognitivas, funcionais e comportamentais dos idosos, passa pela implementação de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC), principalmente em Lares e Centros de Dia, permitindo assim o aumento da auto-estima e consequente melhoria da qualidade de vida.

O PEC tem como objectivo estimular diferentes funções cognitivas, principalmente a memória, a atenção, a concentração, a percepção, o raciocínio, a imaginação, a linguagem, a capacidade viso espacial e a associação de ideias. Esta estimulação é realizada através de diferentes jogos lúdicos. Ao estimular as funções cognitivas pretende-se que haja uma melhoria da qualidade de vida e do bem-estar do idoso, desenvolver as capacidades cognitivas, proporcionar suporte psicológico e promover a socialização dos idosos para prevenir situações de isolamento (Gonçalves, 2012; Camara et al., 2009). Normalmente, este programa tem como base outros ensaios já existentes (Tavares, 2007; Tsai, Yang, Lan & Chen, 2008; Castro, 2011) e por isso, abrange um total de 16 sessões, com 1 hora de duração, duas vezes por semana, num total de 2 meses. Qualquer actividade deve ser adaptada às exigências e capacidades dos idosos participantes, privilegiando sempre a motivação dos mesmos (Gonçalves, 2012).

Os PEC têm um efeito benéfico na melhoria e manutenção dos processos cognitivos e na maioria das vezes, verifica-se uma diminuição do prejuízo cognitivo, bem como um decréscimo dos sintomas depressivos nos idosos institucionalizados (Gonçalves, 2007; Spector et al., 2003; Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001).

Estimulação Cognitiva

De acordo com Guite (2000), estimular significa incentivar, activar, animar e encorajar os indivíduos. Segundo este autor, o melhor recurso para conseguir o decréscimo dos efeitos adversos do envelhecimento é através da estimulação, proporcionando aos idosos um aumento da qualidade de vida (Castro, 2011).

Entende-se por estimulação cognitiva um programa estruturado e adaptado às limitações e capacidades de cada indivíduo, direccionado para pacientes com um diagnóstico de demência (Cerejo & Vieira, s.d.)

Esta estimulação dirige-se basicamente à esfera mnésica, através de um método individual ou em grupo adaptado a cada doente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. As estratégias visam sempre potenciar as capacidades que o idoso ainda mantém. O treino da memória obtém resultados ainda melhores se estes forem enquadrados no seu contexto e quando dirigido a tarefas ligadas a défices específicos (Sequeira, 2010).

Os Programas de Estimulação Cognitiva surgem com a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global que deriva de doenças progressivas neurodegenerativas tal como são as demências (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009). Mas para que estes programas promovam um envelhecimento activo ou com êxito, segundo Magalhães (2011) “qualquer [um] deverá prevenir a doença e a incapacidade associada, otimizar o funcionamento psicológico e em especial o funcionamento cognitivo, o ajuste físico e maximizar o compromisso com a vida, o que implica a participação social” (p.15).

Estes programas são precedidos de uma avaliação neuropsicológica, que está inserida no contexto de exames complementares de diagnóstico, que determinam, de forma qualitativa e quantitativa, os défices de várias áreas do funcionamento cognitivo (memória, raciocínio, atenção, orientação, afasias, apraxias, agnosias, planificação, capacidade visuo-espacial, entre outras) (Guerreiro, 2005). São exemplo de alguns instrumentos que avaliam a dimensão cognitiva: o *Mini-Mental State Examination* (M.M.S.E.), que se trata de um instrumento que avalia de forma rápida (15 minutos de aplicação) o desempenho e a capacidade cognitiva de um indivíduo, permitindo registar as subsequentes alterações cognitivas (Cunha, 2000); o *Teste do Relógio*, tem sido bastante utilizado nos últimos 20 anos como um instrumento de rastreio de demência (Ismail & Shulman, 2006) e de monitorização das subsequentes alterações cognitivas

(Shulman, 2000), procurando avaliar o funcionamento frontal e temporo-parietal; o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa) é um instrumento de rastreio cognitivo, rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de pessoas com envelhecimento cognitivo normal e pessoas com défice cognitivo, para além de se mostrar útil na avaliação de estádios intermédios de défice cognitivo, da DA ligeira e moderada.

Ainda a respeito das avaliações precedidas à aplicação de determinados programas, existe também a importância de se fazer uma avaliação multidisciplinar, que abarque as dimensões psicológicas, físicas, funcionais (limitações nas AVD's) e sócio-familiares do doente (Woodford, 2009). Os resultados da avaliação neuropsicológica representam um ponto de partida para o tratamento e reabilitação neuropsicológica, pois mediante a avaliação delimita-se o perfil das capacidades ainda existentes, assim como os défices em todos os campos (Cardoso, 2012).

De uma forma geral, um PEC tem como objectivo aumentar ou preservar o funcionamento cognitivo e social do doente, melhorando a sua qualidade de vida. Nesta intervenção valoriza-se não só a vinculação terapêutica, fundamentada numa relação empática e estruturantes, como também a articulação com os familiares dos doentes ou com outros cuidadores formais que investem tempo nos pacientes (Cerejo & Vieira, s.d.).

O crescente aumento dos estudos e a validação de diferentes tratamentos para a patologia de Alzheimer, tem permitido atrasar o processo demencial (Cardoso, 2012). Neste sentido, estudos indicam que intervenções cognitivas na Terceira Idade levam a um aumento do desempenho e manutenção de habilidades cognitivas em idosos. Assim, Rodrigues (2006) desenvolveu um programa de 7 sessões de estimulação cognitiva, na qual foram trabalhadas capacidades como a memória, a atenção, a motricidade e as competências de abstracção lógica, através de vários jogos de mesa. Os resultados apresentaram um aumento nas capacidades de abstracção, de rapidez psicomotora e de organização perceptiva. Gonçalves (2007) realizou uma intervenção de 4 sessões junto de idosos com sintomas depressivos e sem comprometimento cognitivo, onde obteve uma redução destes sintomas, um aumento da satisfação com a vida e da capacidade da memória. Pires (2008) desenvolveu um estudo com o intuito de perceber os efeitos cognitivos dos vídeo jogos nos idosos e como resultado, conseguiu uma melhoria significativa no funcionamento cognitivo dos idosos após 8 sessões, na qual pode contribuir para a manutenção do autoconceito e da qualidade de vida. Castro (2011) e

Gonçalves (2012) realizaram um estudo separadamente, que tinha como objectivo verificar o impacto do PEC no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva num grupo de 15/17 idosos institucionalizados. Os resultados em ambas as investigações foram equivalentes – existiram melhorias significativas na memória, qualidade de vida e no humor nos idosos. Ainda em contexto comunitário Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral (2011) analisaram a eficácia da aplicação do PEC na cognição, na sintomatologia depressiva e nas AIVD's de idosos que frequentavam um Centro Social e um Centro de Saúde. Os resultados foram os expectados – os idosos melhoraram a sua condição cognitiva.

Embora na nossa sociedade o tratamento das demências seja essencialmente farmacológico, tal como se apresentou, vários são os estudos que comprovam os benefícios da intervenção cognitiva como terapêutica co-adjuvante. Porém, e como nos refere Oliveira (2007), a realidade dos serviços de saúde pública revela que existe pouca preparação por parte dos cuidadores formais e informais e pouco investimento nesta técnica. Ainda para mais, se juntarmos os gastos que esta doença transporta, percebe-se que a intervenção cognitiva é encarada como um luxo e só está disponível para alguns doentes.

Tendo em conta que os benefícios são diferentes de indivíduo para indivíduo, mesmo que ligeiros, são importantes numa doença devastadora e que apresenta tantas alterações na vida das pessoas (Oliveira, 2007; Nunes, 2008).

Estimulação Multissensorial

Segundo Marques (2013, cit. in O'Neil, Freeman, & Portland, 2011), através de uma revisão à literatura, encontram-se evidências científicas do benefício de algumas intervenções não farmacológicas na diminuição dos comportamentos destrutivos da demência, como é o caso da Estimulação Multissensorial (EMS).

Essencialmente a estimulação multissensorial para pessoas com demência é realizada através do *snoezelen*. Esta baseia-se no princípio de que os sintomas neuropsiquiátricos experienciados por um doente com demência podem resultar em períodos de privação sensorial. Assim sendo, este tipo de terapia combina o relaxamento com a exploração de estímulos sensoriais (luzes, sons, odores, etc.). Para esta intervenção, é necessária a existência de uma sala devidamente preparada e equipada para o efeito e de técnicos

com treino certificado para realizar a estimulação das pessoas com demência (Garcia, 2011).

A EMS tem como principal objectivo melhorar o bem-estar através da estimulação positiva dos sentidos, do sentido vestibular e da propriocepção, facultando uma alternativa para as actividades baseadas na cognição (Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce & Wareing, 2003; Marques, Cruz, Barbosa, Figueiredo & Sousa, 2012). A EMS pode ser implementada em grupo ou individualmente segundo uma hierarquia de apresentação que tem início na estimulação do sentido mais simples acabando no sentido de maior complexidade (Marques, 2013).

Para além da EMS existem outras formas de estimulação sensorial que são, por exemplo, as massagens combinadas com música, os programas de integração sensorial que enfatizam as respostas corporais e a estimulação sensorial, as intervenções de toque corporal expressivas ou ainda a estimulação através de elementos naturais durante o banho (sons da natureza, visualização de imagens, etc.). Também a musicoterapia é uma boa técnica de estimulação sensorial, pois está centrada na música que permite o relaxamento, de forma a diminuir, numa primeira fase, a ansiedade e a facilidade em contactar com o outro. Os participantes podem igualmente manipular instrumentos musicais, dançar, recriar canções, entre outras.

Segundo Marques (2013) infelizmente, algumas das intervenções implementadas desta forma (como a SEM), tornam-se muito dispendiosas, sub-estimando as pessoas uma vez que têm pouco acesso à intervenção, condicionando logo os possíveis/potenciais benefícios da mesma.

SEGUNDA PARTE- Estudo Empírico

4. Metodologia

4.1. Objectivos da Investigação

Objectivo Geral

Estes objectivos são o propósito central do projecto, ou seja, “definidos para todo o projecto, são globalizantes e geralmente não são datados nem localizados com precisão, sendo, no entanto, formulados em termos de verbos de acção” (Guerra, 2000, p.160).

Deste modo, o objectivo geral deste projecto é:

- Identificar os mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência e respectivos contributos.

Objectivos Específicos

Os objectivos específicos enquadram-se, necessariamente, nos objectivos gerais, tendo assim que identificar “de forma mais precisa aquilo que se pretende alcançar com a execução do projecto” (Guerra, 2000, p.162).

Deste modo, passa-se a indicar os objectivos específicos:

- Caracterizar a amostra;
- Compreender em que consiste a especificidade das instituições que desenvolvem intervenção/estimulação junto de idosos com demência;
- Analisar as dinâmicas de intervenção institucional e no que concerne à estimulação que promovem junto de idosos com demência, nos domínios: organizativo; social; ocupacional, físico e motor e cognitivo;
- Compreender estratégias associadas à intervenção nos domínios referidos;
- Discutir os contributos e constrangimentos associados à intervenção nos domínios referidos.

4.2. Amostra

Segundo Dias (2010), a população é o conjunto de elementos que fazem parte de um determinado território, que possuem características comuns e que serão objecto de estudo, submetidas ao processo de tratamento, análise e interpretação.

“A população-alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortim, 1999, p.202 cit in Dias, 2010, p.61). Deste modo, a população-alvo ou universo que se pretende estudar é constituída por 4 Instituições a nível nacional.

No que diz respeito à amostra, esta é uma parte de elementos seleccionada de uma população estatística. Como refere Gil (1995, p.52) a amostra é um “ (...) subconjunto de universo ou de população por meio do qual se estabeleceu ou se estimam as características desse universo ou população”. Assim, a amostra deste estudo será composta por 5 Técnicos de cada Instituição, das áreas das Ciências Sociais e Humanas e da área da Saúde.

Para a selecção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Instituições que desenvolvam actividades/intervenção para idosos com demência de carácter residencial ou não;
- ✓ Instituições que impliquem a permanência dos idosos diariamente na instituição e/ou disponibilidade de serviços diários para idosos;
- ✓ Instituições constituídas à pelo menos 1 ano.

4.3. Instrumentos

Dado que se trata de uma investigação de carácter qualitativo, considera-se que a entrevista é a técnica mais vantajosa para recolher a informação pretendida. Segundo Quivy & Campenhoudt (1998), a entrevista semi-estruturada é método que proporciona processos de comunicação e interacção entre o entrevistador e o entrevistado e que permite ao entrevistador colocar questões relativamente abertas, deixando o entrevistado responder livremente.

É um método que possibilita explorar uma parte da vida do narrador pois foca-se em acontecimentos vividos e tem como finalidade enriquecer e comparar as observações do

investigador, através do olhar, das percepções e das convicções do indivíduo entrevistado.

Deste modo e segundo Polit, Beck & Hungler (2004), a entrevista semi-estruturada deve ser usada “ (...) quando o investigador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos (...) ” (p. 251) e, por este motivo, deve utilizar um guião de entrevista para garantir que todas as áreas das questões são abrangidas. Neste caso, será aplicado um guião de entrevista a cada técnico a entrevistar.

4.4. Procedimentos de recolha de dados

Antes da realização da Entrevista

Previamente, seleccionaram-se as Instituições que cumpriam os critérios de inclusão, nomeadamente instituições que desenvolvessem actividades/intervenção para idosos com demência de carácter residencial ou não, instituições que implicassem a permanência dos idosos diariamente na instituição e/ou disponibilidade de serviços diários para idosos e instituições constituídas à pelo menos 1 ano.

De seguida, procedeu-se à marcação de reuniões para explicar que a investigação passa sobretudo por fazer uma auscultação (através de entrevista) sobre o trabalho dos técnicos da instituição, de modo a perceber qual o contributo e importância da intervenção a nível institucional, social, ocupacional, físico/motor e a nível cognitivo, para os idosos com demência.

Consoante a disponibilidade de ambas as partes, marcou-se o dia e a hora para proceder às entrevistas. Após esta confirmação, foram entregues às diferentes instituições os pedidos de autorização⁵, onde se explicavam todos os objectivos e se garantia o anonimato a confidencialidade.

Aquando a entrevista

Primeiramente, o investigador apresentou-se ao técnico e agradeceu a sua participação, pois sem ela não era possível realizar o trabalho. Explicou-se que a realização da entrevista tinha como propósito a identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas

⁵ Vide in Anexo I

com demência, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior Bissaya Barreto, Coimbra.

Posteriormente e antes mesmo de começar a entrevista, entregou-se e explicou-se o documento do Consentimento Informado⁶ (conhecimento da entrevista), solicitou-se ao técnico que respondesse com a maior sinceridade possível, esclareceu-se que as informações recolhidas seriam apenas tratadas pelo investigador e para a realização deste trabalho e pediu-se ainda autorização para gravar a entrevista.

Deste modo, e depois destes procedimentos, realizou-se a entrevista.

Pós realização da Entrevista

Após a realização das entrevistas, procedeu-se às suas transcrições⁷ para suporte digital, a fim de posteriormente fazer um análise da entrevista em confronto com a literatura, isto é, analisou-se a entrevista com base no enquadramento teórico do trabalho.

⁶ Vide in Anexo II

⁷ Vide in Anexo III

5. Análise e discussão dos resultados

O presente capítulo pretende apresentar, de uma forma detalhada os resultados dos contributos obtidos através dos instrumentos e analisá-los de modo a atingir os objectivos da investigação. Fazer-se-á uma apresentação e uma análise dos resultados em simultâneo, tendo como base o enquadramento teórico que se expôs anteriormente.

Caracterização da amostra

Os dados obtidos através das questões dos dados sociodemográficos dos representantes institucionais, encontram-se expostos na tabela 6 e são descritas seguidamente.

A amostra é compreendida por 3 Instituições e 9 representantes institucionais, sendo que 2 são representantes do Centro de Dia “Memória de Mim”, 4 são do Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus e 3 são do Centro de dia “Prof. Doutor Carlos Garcia”.

No que concerne ao género pode-se constatar que 100% da amostra total são do sexo feminino. Tendo em conta a distribuição segundo a idade, verifica-se uma média de idades de 34 anos (min: 26; máx: 45 anos).

É possível verificar que todos os participantes têm habilitações literárias ao nível superior, o que lhes possibilita ter já alguma experiência profissional dentro e fora da instituição, sendo que a pessoa que tem mais tempo de experiência profissional acumula já 12 anos. Comumente a todos os representantes institucionais está a formação contínua que todos referem como muito importante e que vão tirando formações cedidas pelos locais onde passam.

Tabela 6- Elementos de Identificação do representante Institucional

Cargo do Entrevistado	Idade	Habilitações Literárias	Experiência Profissional	Formação na área das demências
Centro de Dia “Memória de Mim”				
Directora Técnica e Psicóloga	33	Licenciatura em Psicologia Clínica	9 anos	Formação Contínua
Terapeuta Ocupacional	26	Licenciatura em Terapia Ocupacional	6 anos	Formação Contínua

Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus				
Directora Técnica e Psicóloga	38	Licenciatura em Psicologia	12 anos	Formação Contínua
Terapeuta Ocupacional	37	Licenciatura em Terapia Ocupacional	9 anos	Formação Contínua
Terapeuta Ocupacional	26	Licenciatura em Terapia Ocupacional	4 anos	Formação Contínua
Fisioterapeuta	45	Licenciatura em Fisioterapia	6 anos	Formação Contínua
Centro de dia “Prof. Doutor Carlos Garcia”				
Directora Técnica	42	Mestrado em Psicologia Clínica		Formação Contínua
Psicóloga	31	Mestrado		Formação Contínua
Terapeuta Ocupacional	28	Licenciatura em Terapia Ocupacional	4 anos	Formação Contínua

Tendo em conta a Tabela 7 que nos faz a caracterização de cada instituição, é possível verificar que as 3 Instituições estudadas assumem a forma jurídica de IPSS- Instituições Privadas de Solidariedade Social, que segundo o Decreto-Lei n.º 172-A/2014, “são pessoas colectivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efectivação dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público”.

Ao rever a missão e os objectivos de cada instituição, verifica-se que ambas têm como objectivo comum a promoção da autonomia e manutenção do utente no seu ambiente habitual; no que toca à missão esta passa sobretudo por utilizar uma abordagem baseada na utilização combinada de terapias farmacológicas e não farmacológicas e que, através da intervenção e investigação, se possa conseguir que as Demências sejam reconhecidas como uma prioridade de saúde pública.

Tabela 7- Elementos de Caracterização da Instituição

Área de Abrangência	Forma Jurídica	Objetivos e Missão
Centro de Dia “Memória de Mim”		
Matosinhos	IPSS	<p>Missão: Recolher os últimos ensinamentos sobre a Doença de Alzheimer, divulgá-los, aplicá-los e promover a investigação, de forma a contribuir para um melhor conhecimento das suas causas, efeitos e profilaxia; Pressionar os decisores políticos para que reconheçam a Doença de Alzheimer como uma prioridade a ser incluída nas políticas de saúde e de segurança social a serem implementadas.</p> <p>Objetivo: Melhorar a qualidade de vida das Pessoas com Demência e dos seus cuidadores, no respeito absoluto pelos Direitos Fundamentais à Liberdade e à Autodeterminação, promovendo a sua autonomia e o seu envolvimento social.</p>
Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus		
Porto	IPSS	<p>Missão: Abordagem baseada na utilização combinada de terapias farmacológicas e não farmacológicas tais como: estimulação cognitiva, estimulação da autonomia para as atividades da vida diária, terapia ocupacional e estimulação psicomotora ou fisioterapia e atendimento médico.</p> <p>Objetivos: Preservar as capacidades psíquicas e a autonomia ainda conservadas pelos utentes, promover a manutenção do utente no seu ambiente habitual evitando a institucionalização precoce e/ou definitiva e dar apoio aos familiares.</p>
Centro de dia “Prof. Doutor Carlos Garcia”		
Nacional	IPSS	<p>Missão: Recolher os últimos ensinamentos sobre a Doença de Alzheimer, divulgá-los, aplicá-los e promover a investigação, de forma a contribuir para um melhor conhecimento das suas causas, efeitos e profilaxia; Pressionar os decisores políticos</p>

para que reconheçam a Doença de Alzheimer como uma prioridade a ser incluída nas políticas de saúde e de segurança social a serem implementadas.

Objetivo: Melhorar a qualidade de vida das Pessoas com Demência e dos seus cuidadores, no respeito absoluto pelos Direitos Fundamentais à Liberdade e à Autodeterminação, promovendo a sua autonomia e o seu envolvimento social.

Observando a Tabela 8, podemos constatar que, exceptuando o Centro de dia “Prof. Doutor Carlos Garcia” que possui a valência de apoio domiciliário, todas elas têm a valência de centro de dia. De acordo com o Guião Técnico nº 8 editado pela ex-DGAS, aprovado por despacho do SEIS de 29 de Novembro de 1996, o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, consistindo na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do idoso no seu meio sócio-familiar. De acordo com os objectivos e missão acima referidos, o centro de dia permite a reintegração dos idosos na comunidade, mantendo-os no seu domicílio; prestar apoio psicossocial; prestar serviços que satisfaçam as necessidades básicas; fomentar as relações interpessoais entre os idosos e os outros grupos etários, evitando o isolamento e alertá-los para um diagnóstico e tratamento de prevenção.

Num total de 79 indivíduos que frequentam as valências destas instituições, todos eles com alguma demência, têm idades compreendidas entre os 70 e os 87, sendo que a maior parte deles inserem-se numa média de idade de 76 anos.

A demência mais referida nos idosos que frequentam estas respostas sociais é sem dúvida a Demência de Alzheimer. Estes dados vão de encontro aos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004, cit. in por Falcão & Dias, 2006), que referem que esta doença afecta 5% a 10% das pessoas com idades entre os 65 e os 74 anos, registando-se uma maior probabilidade de desenvolvimento desta doença em idosos a partir dos 85 anos (40%) (Lucas, 2013; Cunha, 2012). Em Portugal, a Doença de Alzheimer afecta 60% dos doentes demenciados (Barreto, 2005; Nunes, 2005).

Tabela 8- Elementos de caracterização dos utentes

Valências	Idades	Nº de utentes	Número de utentes com demência	Área de Residência	Patologias	Lista de espera
Centro de Dia “Memória de Mim”						
Centro de Dia	70-86	7	7	Matosinhos	Demência de Alzheimer Demência Vascular Demência Alcoólica	Não
Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus						
Centro de Dia	75	30	30	Porto	Demência de Alzheimer	Sim
Centro de dia “Prof. Doutor Carlos Garcia”						
Centro de Dia	77	24	24	Lisboa	Demências	Sim
Apoio Domiciliário	82	18	18	Lisboa	Demências	Sim

Intervenção ao nível institucional/organizativo

Não é fácil cuidar de um doente de Alzheimer, pois as pessoas com demência têm uma especial necessidade de cuidados físicos e de supervisão pessoal. No fundo, são doentes muito sensíveis às variações do ambiente que os rodeia.

Quando questionados os entrevistados pela lógica organizacional do espaço e das áreas destes Centros de dia, ambos responderam que os espaços foram criados e pensados com alguns detalhes, nomeadamente *“grandes janelas, portanto grande luz natural”*, a *“existência de bastante luz natural, espaços com muita luminosidade”*, *“muita luz natural”*. De facto, e como refere Mcfarland, cit. in Brawley, (1997) uma pessoa de sessenta anos necessita duas a três vezes mais iluminação do que aos vinte anos. Assim, nestes ambientes a iluminação é pensada para aumentar a capacidade funcional da pessoa e reduzir o desconforto e os riscos associados com a luz excessiva ou diminuta (Costa, 2011). A cor também foi projectada na organização do espaço, *“as cores, o branco é o que existe em maior quantidade aqui no centro e depois alguns pormenores de cores...transmitem também calma”*, *“cores mais claras que permitam apaziguar”*, *“chão baço e de cor branca”*. Diversos autores como Verdussen (1978) e Cooper (1993) defendem a importância das cores, que usadas correctamente, podem melhorar a qualidade de vida de uma pessoa. Enquanto um refere que os idosos são mais capazes de distinguir cores “quentes” e alto grau de brilho, outro refere que, apesar de não serem visualizadas, as cores frias dão sensação de frescor, de tranquilidade e de redução de stress e tensão. Em algumas destas instituições é perceptível que também utilizam as cores nas salas para facilitar as pessoas com demência a distinguir cada sala e para que servem cada uma, *“a sala amarela já sabem que há um determinado tipo de actividades que são feitas ali, se estiverem na sala verde assim também associam”*. Para Verdussen (1978) estas cores são desejáveis sempre que se queira um ambiente que desperte entusiasmo e energia. Outros pontos como o mobiliário, *“como as mesas e as cadeiras têm sempre a segurança e o conforto dos utentes”*, e de acordo com Costa (2011), devem ser leves para proporcionar adaptações e facilitar uma boa visão e audição entre o grupo; existência de espaços amplos, *“espaços amplos e espaços bem divididos, de forma a permitir estruturar também o trabalho e estruturar as dinâmicas com os doentes”*, *“temos também um espaço amplo que pode também ser facilmente dividido e que depois vai sendo adaptado”*; o ruído *“só existir informação apenas numa parede para não haver tanto ruído para os utentes de forma a quando eles estão a*

trabalhar...não funcionem como distractores do seu trabalho”; e a nível de sinalização, *“o chão e a parede têm uma barra para dividir, para a pessoa que tem dificuldade na percepção especial, perceber que ali termina o chão e começa a parede...as barras pelo corredor, as barras de apoio”*, *“em termos de sinalética que os espaços tivessem bem definidos e que os utentes saibam onde de alguma forma o que se espera deles em cada sala, em cada espaço”*. Cohen e Weismann (1991) mencionam que as pessoas com doença de Alzheimer necessitam de um ambiente organizado e estruturado para que este possa compensar os seus défices cognitivos e, por outro lado, fortalecer as capacidades e habilidades que ainda restam (Costa, 2011).

No que concerne ao papel e importância de uma equipa multidisciplinar no seio de uma intervenção junto de idosos com demência a opinião dos entrevistados é comum, *“penso que faz todo o sentido, tendo em conta as várias profissões que existem, cada um vai intervir na sua área e quem vai beneficiar com isso vai ser o utente”*, *“o papel é fulcral, eu acho que era muito complicado trabalhar se não for dessa forma e quanto mais envolvidos na equipa mais riquezas poderemos ter nesse tipo de intervenção”*, *“é fundamentalmente, pois permite fazer uma intervenção centrada na pessoa”*. Como podemos verificar na Tabela 6, uma equipa multidisciplinar é formada por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, permitindo uma troca de saberes mas que trabalham em prol de um único objectivo. O importante é o trabalho em conjunto. São estes técnicos e muitos outros que reúnem os seus conhecimentos em prol da população com que trabalham, neste caso, o que pode ser feito para melhor a qualidade de vida dos idosos com demência (Cunha, 2012). Propõem-se por esta equipa logo à partida, uma Abordagem Centrada na Pessoa que consiste em “reconhecer o indivíduo com demência como uma pessoa capaz de experienciar a vida e as relações apesar do avanço progressivo da doença; oferecer e respeitar as suas escolhas; incluir a sua história de vida no cuidado e focar no potencial da pessoa (Marques, 2013, p. 18). Esta abordagem de cuidados centrados na pessoa tem de ser acompanhado por uma relação centrada no prestador de cuidados, daí o trabalho de uma equipa multidisciplinar assumir uma importância primordial.

Quando questionados os representantes institucionais sobre os projectos e acções que cada instituição desenvolve, comumente a todas, estão as sessões de estimulação cognitiva, *“temos os grupos a nível de estimulação cognitiva, a nível individual também...e essa estimulação também pode acontecer no domicílio do próprio utente”*,

“a nossa pedra de toque por assim dizer é a estimulação cognitiva destes doentes”. Entende-se por estimulação cognitiva um programa estruturado e adaptado às limitações e capacidades de cada indivíduo, direccionado para pacientes com um diagnóstico de demência (Cerejo & Vieira, s.d.). Esta estimulação dirige-se basicamente à esfera mnésica, através de um método individual ou em grupo adaptado a cada doente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. As estratégias visam sempre potenciar as capacidades que o idoso ainda mantém. De facto a estimulação cognitiva tem um efeito benéfico na melhoria e manutenção dos processos cognitivos e na maioria das vezes, verifica-se uma diminuição do prejuízo cognitivo, bem como um decréscimo dos sintomas depressivos nos idosos (Gonçalves, 2007; Spector et al., 2003; Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001). Para além da Estimulação Cognitiva, estas instituições diferenciam-se pelo leque de actividades e projectos em que estão inseridas, nomeadamente algumas como a *“terapia de orientação para a realidade em termos biográficos, espaciais e temporais”*...*estimulação física, com a fisioterapia, com a expressão motora, quer com a parte com a estimulação sensorial e de toda a parte ocupacional. E aí o que surge é o cinema, a música, o treino das AVD's que é fundamental...surge o trabalho das reminiscências...a terapia assistida com animais que começámos agora recentemente, temos também o trabalho da terapia da fala complementar a este”, “temos sessões de Reiki...grupos de suporte...formação...banco de ajudas técnicas...aconselhamento jurídico...Programa de Apoio à Incontinência”.* Dando especial atenção à Terapia de orientação para a realidade que consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica. Esta informação vai ajudar o utente a identificar melhor o espaço, o tempo, a sua habitação, etc. (Sequeira, 2010); e à Terapia por reminiscências que procura que os idosos falem sobre as suas experiências passadas e conflitos, levando deste modo à estimulação da memória remota. Projectos inovadores são apresentados por algumas destas instituições como o Projecto “Café Memória”, que se trata de um local de encontro destinado a pessoas com problemas de memória ou demência, bem como aos respectivos familiares e cuidadores, para partilha de experiências e suporte mútuo, com o acompanhamento de profissionais de saúde ou de acção social; Projecto “Cuidar dos colaboradores”, que visa apostar na formação on-job (com realização de sessões de formação, a partir dos desafios do dia a dia) e saúde (projecto Ginástica Laboral da área da Fisioterapia), procurando contribuir para a

motivação e sentido de pertença dos próprios colaboradores; o Projecto “Kelembra”, que é um projecto direccionado para as crianças, em que consiste em *“passar e explicar às crianças o que é isto das doenças que afecta a memória e também a relação que deve existir de cuidados, entre os netos e os avós, porque ao fim ao cabo estamos a trabalhar os nosso futuros cuidadores para que não haja discriminação nem colocar para o lado por ter uma doença mas pelo contrário tentar perceber porque é que ele agora está diferente, porque é que diz aquilo, porque é que ele está a comportar-se de maneira diferente e também para tornar a criança num aliado no cuidar”*. No fundo, estes centros de dia têm como objectivo comum acolher e estimular os seus utentes de forma a contribuir para a manutenção das suas capacidades, diminuir o isolamento social e melhorar a sua qualidade de vida e dos seus cuidadores, envolvendo-os na comunidade e promovendo a sua participação em actividades significativas e prazerosas.

No que se refere à existência de dinâmicas para pessoas com patologias diferentes, ambas as instituições referem que não fazem qualquer distinção caso um utente tenha, por exemplo Demência de Alzheimer ou Corpos de Lewy, *“nós não fazemos uma diferenciação por aquela pessoa, por exemplo, ter demência fronto-temporal ou por ter de etiologia alcoólica, nós tentamos pelo contrário integrá-la sempre nas actividades que são desenvolvidas com os utentes com Alzheimer”*, *“seja doentes de Alzheimer seja doentes com outro tipo de demência, o programa é muito semelhante”*. Normalmente nestas instituições o mais importante a trabalhar são as competências e as capacidades que cada idoso com demência ainda possui, conseguir integrá-lo da melhor forma no grupo e não existir distinções por um ter uma doença e o outro ter outra. Contudo, é necessário existirem adaptações ou estratégias de intervenção *“a nível de estratégias, claro que poderá ser diferente, nós poderemos ter que graduar mais as actividades, se a pessoa tem uma demência fronto-temporal e tem dificuldade na linguagem, a actividade terá de ser graduada nesse sentido, assim como a comunicação com ela que será por exemplo mais fácil com a pessoa que não tenha dificuldade na linguagem, com Alzheimer...depende muito da pessoa que está, mas nós tentamos não diferenciar muito a intervenção”*.

Referem os participantes a certa altura da entrevista, que, ao nível do pessoal, uma forma de minimizar e/ou evitar os impactos que existem no ato de lidar com pessoas idosas com demência, é garantir-lhes a oportunidade de receber formação na área das

demências, *“obviamente que quem vem trabalhar connosco passa por uma formação interna e nessa formação fazemos bastante reciclagem, ao fim ao cabo as pessoas estão sempre a ter formação também”*, *“ [existe] formação específica nesta área e para além disso vamos mantendo sempre um plano de formação interna para todos os técnicos do centro de dia, pelo menos mensalmente há sempre uma acção de formação”*. Um dos grandes problemas descritos na literatura no que se refere à gestão de Recursos Humanos nas instituições que presta cuidados a idosos com demência, é a excessiva rotação de Ajudantes de Acção Directa e a falta de pessoal qualificado para as funções. Segundo alguns autores, como Marques cit in Baillie (2012), Kuske et al., (2007) e Ballard et al., (2001), referem que normalmente as pessoas que prestam os cuidados nestas instituições, nomeadas como cuidadores formais, apresentam poucas habilitações literárias e até falta de formação na área da demência, confrontando-se com diversas dificuldades para lidar com os comportamentos desafiantes e dificuldades motoras das pessoas com demência. Da mesma forma se encontram estudos que demonstram a influência que estes cuidadores têm no bem-estar das pessoas com demência (Zimmerman et al., 2005). Deste modo, estes dois aspectos são tratados por estas instituições através da formação contínua e de reuniões de equipa, que têm como objectivo *“trabalhar todas estas questões, onde eles podem colocar as suas dificuldades, exporem situações que aconteceram ou que não entenderam tao bem ou que tiveram dificuldade para que se possa dar essa informação e as estratégias de como lidar para uma próxima, dar orientação também nesse sentido”*, *“as reuniões de equipa também funcionam como uns espaços para resolução de situações, dificuldades, encontramos estratégias para melhor lidar com determinadas situações, mas é um bocadinho dessa forma”*. Há uma entrevistada que refere mesmo que *“devia ser definido o perfil de competências das ajudantes de acção directa para o recrutamento do pessoal mais eficaz”*.

Quando se coloca a questão sobre a existência ou não de políticas de apoio às pessoas idosas com demência, gera-se um consenso comum que é a de não existência de políticas, *“não existem políticas de apoio, ou seja escassas ou nenhuma. Não é uma doença reconhecida como crónica. A nível de apoios sociais não há nada em específico e o que há é para outras doenças ao nível de ID's ou dependência”*, *“as políticas são muito poucas”*, *“incipientes”*. No nosso país não existe legislação que regule especificamente as questões referentes a pessoas com demência. No entanto, existem

aspectos legais que devem ser referidos e tidos em conta por forma a melhor garantir a salvaguarda dos seus interesses. Por exemplo, a doença de Alzheimer surge basicamente, em diplomas que prevêm o regime de comparticipação dos medicamentos específicos para esta patologia. Em 2009, foi publicada a Lei nº 90/09 de 31.08 que “define o regime especial de protecção social na invalidez no âmbito do regime geral de segurança social do sistema previdencial, do regime não contributivo do subsistema de solidariedade e do regime de protecção social convergente”, prevendo-se aí protecção especial na eventualidade de invalidez para algumas doenças, nas quais se encontra a Doença de Alzheimer e outras demências. Para alguns entrevistados existe alguma falta de informação “*mesmo nos cuidados de saúde primários, que são muitas vezes o maior contacto que as pessoas têm, os médicos de família, mesmo as pessoas serem informadas sobre alguns direitos que têm e tudo isso*”; referem ainda que “*muitas vezes as pessoas chegam e não têm complementos por dependência tratados, não têm apoios à terceira pessoa tratados, as questões dos atestados multiusos que têm impacto na parte fiscal, também as pessoas não conhecem*”. Como se pode constatar há um longo percurso a percorrer. A intervenção oportuna e adequada surge como essencial para a preservação das capacidades e do bem-estar do idoso e de quem cuida, com inegáveis benefícios em termos de custos directos e indirectos associados à prestação de cuidados. Surge como primordial a criação de uma rede de cuidados médicos e sociais e serviços especialmente concebidos para estas pessoas. Segundo Costa (2011), compete ao Estado, garantir os Direitos Fundamentais das Pessoas, e de um modo especial daquelas que se encontram em situação de incapacidade como as pessoas com demência. Como refere uma entrevistada “*existe todo um trabalho a ser feito de sensibilização dos decisores políticos para a urgente necessidade de criação e implementação de um Plano Nacional para as Demências*”. Segundo a Alzheimer Portugal “em Setembro de 2008, a Doença de Alzheimer foi reconhecida pelo Conselho da União Europeia como uma prioridade, tendo os Estados membros sido convidados a assumir o compromisso conjunto de combater as doenças neurodegenerativas, em especial a Doença de Alzheimer.” No seguimento disto alguns países já possuem um Plano Nacional Alzheimer ou algumas medidas neste eixo de intervenção (Cunha, 2012). No caso de **França** esta possui um Plano Nacional Alzheimer que compreende 44 medidas, na qual se repartem em 3 eixos: Melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes; Conhecer para Agir e Mobilização para o envolvimento da população. Estes eixos estão ainda

repartidos por 11 objectivos. Se se falar, já no exemplo, do **Reino Unido**, este não possui nenhum Plano Nacional Alzheimer mas tem uma Estratégia Nacional para a Demência para Inglaterra, que contempla 17 recomendações dirigidas ao Sistema Nacional de Saúde focadas em três temas chave: Desenvolvimento de campanhas de sensibilização e de percepção sobre a Doença; Diagnóstico precoce e apoio e Viver bem com a demência. Este país usufrui ainda de um documento legislativo da Capacidade Mental que promove o direito das pessoas tomarem as suas próprias decisões e protege as pessoas em situação de incapacidade, fornecendo-lhes um enquadramento flexível que coloca os indivíduos no cerne do processo da tomada de decisão. Já na **Alemanha** não existe um Plano Nacional para as Demências, mas existem importantes medidas de protecção para as pessoas em situação de incapacidade ou dependência, nomeadamente para as pessoas com doença de Alzheimer ou outras formas de demência. A Alemanha possui dois tipos de seguros: o Seguro para Cuidados de Saúde e o Seguro para Cuidados de Longa Duração quer no domicílio quer em instituições. **Espanha** também não possui um Plano Nacional para as Demências mas merece referência pelo enquadramento legal que consagra para as pessoas em situação de incapacidade. Um exemplo disto é um artigo legal em que está explícito que uma pessoa pode manifestar antecipadamente a sua vontade sobre futuros cuidados, tratamento da sua saúde ou em caso de falecimentos para que seja cumprido numa situação em que este não se consiga expressar pessoalmente. Contudo, em Portugal existe ainda uma falta de conhecimento geral que leva, muitas vezes, a diagnósticos tardios. Ainda assim, a Alzheimer Portugal tem vindo a exercer um excelente trabalho regendo-se pelas seguintes directrizes: “Sensibilizar para a urgência de um Plano Nacional Alzheimer e disponibilizar o nosso conhecimento e experiência, na sua criação e implementação; Desenvolver campanhas nacionais e locais de informação sobre a doença, as suas características e formas de intervenção; Alertar para a importância: do diagnóstico precoce; da valorização do papel dos clínicos gerais na detecção dos primeiros sinais da demência e encaminhamento para consulta da especialidade (Neurologia ou Psiquiatria); da valorização do papel dos cuidadores, e do reconhecimento das suas necessidades e direitos específicos; da integração do estudo da demência como matéria obrigatória na formação médica. Desenvolver acções de formação para cuidadores; Criação de serviços e equipamentos modelo com vista à aprendizagem e partilha das melhores práticas” (Cunha, 2012, p.29).

Ainda falando no Estado e na sociedade civil, mas agora no que respeita às parcerias existentes com estes dois elementos, os participantes responderam afirmativamente que mantêm algumas, nomeadamente acordos de cooperação com a segurança social “*com o Estado nós neste momento temos comparticipação da Segurança Social*” que não cobrem a totalidade das despesas de manutenção das valências, mas que “*veio trazer um grande alívio às famílias e também um grande apoio à instituição*”; candidaturas a projectos de financiamento; criação de gabinetes de apoio distribuídos pelo território nacional. Relativamente às parcerias com a sociedade civil, constata-se que existe uma grande abertura por parte de todas as instituições em fazer parcerias com escolas e faculdades, na qual recebem estágios, “*nós temos com diferentes faculdades e escolas os estágios nas diferentes áreas, depois também com outros institutos e faculdades ao nível da investigação, trabalhos com vão sendo desenvolvidos aqui*”; existem ainda outros protocolos com “*várias instituições, seja de empresas de apoio domiciliário, clínicas de saúde, lares, farmácias e outros que nos procurem...por exemplo empresas de localização, a associação portuguesa de Reiki*”. De certa forma, todas estas parcerias e protocolos são realizados de maneira a dar mais e melhores respostas às pessoas que procuram estas instituições.

Relativamente às principais estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades ao nível institucional passam sobretudo por conseguir mais apoios, donativos, “*tentar pedir patrocínios, apoios, donativos e através das acções de sensibilização que vamos fazendo ou a participação naquelas feiras da saúde em que vamos também para divulgar um pouco a Associação, o que é que é feito e também vendendo algum material que a associação tem, feito pelos utentes ou por exemplo os livros que a associação tem para venda para reverter algum dinheiro*”; criar novas actividades, “*actividades mais dinâmicas de forma a responder às necessidades que vão sendo criadas*”; alargar e melhorar os serviços prestados pelos centros de dia, apostando na estabilidade de equipas e no modelo baseado na Filosofia Centrada na Pessoa e no trabalho multidisciplinar; e ainda a “*sensibilização do poder político*”. Ao nível de equipamentos e infra-estruturas, existem instituições que necessitam de fazer reformulações, “*serão realizadas algumas obras de adaptação do novo espaço que permitirá também o alargamento das instalações do centro de dia*”; outras que tentam ao máximo manter as boas condições porque estão dependentes das verbas que existirem para fazer reformulações ou adaptações, “*depende da verba que temos para*

ultrapassar as dificuldades que surgem, tentamos adaptar, poupar, não estragar, passar a mensagem aos outros colaboradores. São os recursos que temos e temos mesmo que poupar...”; e ainda há quem não precise de utilizar estratégias a este nível, pois “vamos tendo tido sempre boa reposta dos nossos superiores, os espaço aqui é novo, todas as necessidades que vamos tendo vão sendo acatadas, em termos de materiais para usar com os utentes, da mesma forma, em termos de materiais de avaliação, em termos de materiais de intervenção, estas coisas estão mais ou menos asseguradas”. Com os familiares as estratégias adoptadas são a constante formação, “temos a formação, os atendimentos, as reuniões sempre que eles necessitam”, a existência de reuniões, mostrar uma grande abertura e disponibilidade, “é sempre mostrarmos sempre uma grande disponibilidade, mostrarmos e ser efectiva, e termos uma multiplicidade de intervenções dirigidas a eles que podem nos ajudar a melhor lidar com as famílias, nomeadamente o apoio individual, os grupos psico-educativos, intervenção familiar” e a continuação do apoio social e psicológico, “continuar com o apoio social e psicológico aos cuidadores; apostar mais ainda na formação, como forma privilegiada de melhorar a qualidade de vida das pessoas através da atribuição de ferramentas para melhor cuidar”. Relativamente às estratégias utilizadas com a comunidade em geral, estas passam por manter as parcerias existentes e fazer acções de formação para a comunidade, “trabalhamos em parcerias com as escolas, com a Junta de Freguesia se for necessário fazer acções de formação prestando esclarecimento sobre a doença”, “mostrar sempre uma grande disponibilidade, para quem nos visita, sejam escolas, sejam o público em geral...mostramos o centro, abrimo-nos ao exterior, assim um pouco dessa forma” e ainda realizar eventos, acções de sensibilização, informação e divulgação sobre o combate à Doença de Alzheimer, “apostar na realização de eventos de interesse para o principal público-alvo”.

Por último, a percepção que os participantes têm relativamente ao impacto das diferentes estratégias que vão adoptando, é bastante positivo e promissor para as pessoas que procuram estas instituições, *“o impacto tem sido muito positivo e que tem resultados favoravelmente. Aquilo que nós não devemos é nunca descansar e procurar sempre ter um grande dinamismo e procurar sempre responder ainda melhor às solicitações que nos vão sendo feitas”.*

Intervenção ao nível social

Numa intervenção ao nível social os participantes foram questionados inicialmente sobre os cuidados da instituição ao receber um utente e que tipo de avaliação era realizado ao utente aquando a sua chegada à Instituição. É perceptível que após um primeiro contacto com a instituição, existe um cuidado extremo em recolher o máximo de informação junto do doente e da sua família. Fazem-no através de uma primeira avaliação que engloba, *“com o utente, fazer alguns testes, fazer uma entrevista...com a família, faz também uma entrevista, tenta conhecer a história de vida da pessoa, recolhe o máximo de dados possíveis a nível clínico”*, e *“perceber muito bem os hábitos deles, as suas vivências anteriores, os seus relacionamentos de forma a que depois no dia a dia seja mais fácil a intervenção com eles”*. Em conjunto e para a entrada posterior do utente, estes técnicos solicitam também um relatório médico que comprove a demência que o doente tem, *“também pedimos sempre que a pessoa traga sempre um relatório médico que comprove a doença que tem, neste caso a demência, a medicação que está a tomar”*. Depois, e já na fase de integração é realizada por ambas as instituições uma avaliação multidisciplinar, composta pelos diferentes técnicos que desenvolvem um plano de actividades específico para cada pessoa, atendendo à história de vida, às preferências, gostos e hábitos de cada doente, *“é uma avaliação multidisciplinar em que estão presentes os diferentes elementos da equipa e cada um de nós recolhe determinados aspectos nessa história”*, *“nós depois elaboramos um plano de intervenção dessa pessoa, para o utente tendo em conta a avaliação que foi feita”*. Segundo Sequeira (2010) para este tipo de intervenção com pessoas com demência deve-se ter por base uma avaliação neuropsicológica exaustiva, de modo a identificar os défices e as funções que podem ser estimuladas, o tipo de demência e o estágio em que se encontra. Assim, qualquer técnica a implementar deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, assistente social e auxiliares de geriatria) devidamente especializada, de modo a possibilitarem a manutenção da autonomia do doente. Na opinião de alguns autores, esta intervenção engloba duas tipologias: “a abordagem psicossocial, mais direccionada para aspectos relacionais/comportamentais e emocionais, e a abordagem cognitiva, na perspectiva da estimulação das funções superiores. As abordagens mistas, por sua vez integram estas duas perspectivas, num trabalho multidisciplinar sendo estas, aliás, as

mais utilizadas actualmente” (Oliveira, Ribeiro, Borges & Luginger, 2005 cit. in Costa, 2011, p.36).

É possível observar na literatura que o Assistente Social apresenta um papel preponderante na entrada e admissão de um utente novo, pois avalia, planeia, organiza e acompanha todo o processo envolvente na admissão deste Andrade (2009). Surgem várias teorias que sustentam a intervenção dos Assistentes Sociais, na perspectiva centrada na pessoa, em que a avaliação ajudará os clientes a superar desafios da doença. Esta abordagem “declara que toda a pessoa possui uma personalidade única tal como a sua história de vida” e o cuidado proporcionado centra-se na globalidade da pessoa, logo é necessário conhecer a complexidade do indivíduo e a multiplicidade de características que o definem (Antunes, 2011, p. 16). Todavia, ainda que os técnicos se baseiem na Filosofia Centrada na Pessoa, no contexto em que se encontram os entrevistados, em ambas as situações não é o Assistente Social que assume este papel, mas sim outros técnicos, nomeadamente uma Psicóloga/Directora Técnica. Foi explicado que numa das situações como no caso do Centro de Dia “Memória de Mim”, este ainda não funciona como centro de dia efectivamente porque ainda não tem acordo com a Segurança Social, contudo os técnicos que lá se encontram vão tentando dar resposta da melhor forma possível aos pedidos, referem que *“nós tamos a fazer desta forma, mas quando funcionar enquanto centro de dia já vai ser feito de uma outra forma, porque é importante também fazer a avaliação neuropsicológica e já tem que ser um psicólogo a fazer...agora tendo em conta os nosso recursos humanos que são escassos e temos que ser polivalentes e se nós temos esse conhecimento, obviamente que nós tentamos dar o máximo de informação possível às família, passando a nível de apoios sociais, o que existe, se a pessoa por exemplo já foi a uma junta médica ou não, percebendo quais são os benefícios de ter o certificado multiusos, de incapacidade. Quando nós percebemos perfeitamente que se houvesse uma assistente social era da competência dela fazer essa avaliação a nível social e de apoios, mas isso nós também fazemos mas isso já é uma função que nós temos que é fora do centro de dia, porque no fundo tamos afectas a várias valências, psicologia, formação...o resto vamos gerindo pelas duas”*. Também no Centro de Dia para Doentes de Alzheimer no Porto, o papel do Assistente Social é por enquanto substituído pela Directora Técnica, visto que ainda estão em reformulação dos recursos humanos e que a técnica de serviço social ainda está numa fase embrionária ao centro de dia.

Posteriormente à avaliação, existe a fase de integração do utente nestas instituições, que é realizada com o máximo de cuidado possível, “*nós fazemos o chamado mês de acolhimento, em que a pessoa inicialmente poderá vir dia sim, dia não ou mesmo todos os dias, mas depende...digamos que é um mês em que a pessoa vai tentar adaptar-se ao espaço e claro que nós nos primeiros dias tentamos integrar a pessoa o melhor possível no grupo que já temos*”, “*nós normalmente nunca integramos mais do que uma pessoa por semana de forma a que se possa dar toda a devida atenção àquele utente e que o grupo também possa absorver e integrar o utente. Normalmente pedimos que o primeiro dia venha acompanhado por um familiar e que esse familiar se mantenha disponível em termos de contacto telefónico, no de haver qualquer ocorrência. Depois atendendo ao utente, alguns no primeiro dia permanecem apenas metade do dia, outros permanecem só até à hora do lanche e depois vamos com cada um vendo a melhor forma de estar*”.

É a partir daqui que surge ainda mais a importância da família. A família é uma importante estrutura social, desde que nascemos até à idade em que somos adolescentes, tendo um papel principalmente educativo até à velhice, assumindo nestes casos, um papel de cuidados para que o idoso mantenha o seu equilíbrio físico e afectivo (Santos, 2008). Referem-nos os entrevistados que a importância de um familiar num processo de uma intervenção a este nível “*é extrema, é mesmo muito importante. Tanto eles conhecerem o tipo de tarefas que estamos a desenvolver, concordarem com as mesmas, incentivarem à realização das mesmas...e ajudarem-nos no desenvolvimento de algumas tarefas, muitas vezes são solicitados à realização de determinados questionários e é muito importante que haja essa relação e essa proximidade, até porque depois facilita na nossa intervenção*”, “*penso que aqui é de todo importante*”. Segundo Martins (2005) o apoio familiar, terá um efeito benéfico e directo sobre o bem-estar da pessoa idosa, na medida em que quanto maior for este apoio, menos será o mal-estar psicológico percebido, e quanto menor for o apoio maior será a ocorrência de transtornos. Figueiredo (2007), compreende a mesma ideia que este autor, referindo que o “*apoio social tem sido considerado como uma das principais variáveis “amortecedoras” dos efeitos negativos do stress: quanto mais elevados os níveis de suporte social, maior a atenuação das consequências negativas do stress*” (p.169). Ramos (2001), refere também que uma das razões pela qual este apoio se torna tão importante para um individuo, é que “*poderá radicar nos benefícios do suporte social*

relacionados com o *stress*: o sentir-se amado, querido e cuidado, incrementa as expectativas positivas de auto-eficácia, as avaliações cognitivas mais realistas das potenciais ameaças e os repertórios de *coping* das pessoas” (Figueiredo, 2007, p. 169-170).

Quando um idoso se integra numa destas instituições, uma forma de ajudar estas famílias a superar a sobrecarga física e emocional, é manter sempre o contacto. Os participantes respondem na entrevista que através de contactos telefónicos ou e-mails, estes mantêm um *“um contacto regular, um mais formal e outro mais informal”*, *“deixamos sempre à vontade da família entrar em contacto connosco principalmente nos primeiros dias em que há uma grande ansiedade em perceber em como é que está a correr, se ele está bem”*. Ainda assim, quando existe algo de mais importante a tratar, é marcado um atendimento/reunião com o familiar, *“sempre que vemos que é necessário também marcamos atendimentos com a família”*, *“dependendo se houve algum situação, se achamos que deve haver uma reunião no sentido de dar alguma explicação do que está acontecer agora”*. O papel dos técnicos que estão no comando da instituição torna-se preponderante, na medida em que vão articulando e mantendo um *“fio condutor”* nas acções de suporte à família. Deverão neste sentido possuir competências para intervir na família como uma unidade, trabalhar com a família no sentido de dar sentido ao seu mundo, explorar diferenças e alternativas para a família cuidadora (Antunes, 2011).

Uma forma de complementar este trabalho, é o trabalho realizado com o utente e com a família em específico. Sendo uma resposta ao nível do centro de dia, dado que os utentes estão com a família de noite e ao fim de semana, uma das entrevistadas responde que uma forma de estimular o vínculo entre o idoso e a família, é trabalhar com os idosos *“quem são os elementos da família, recordar os seus nomes, as relações de parentesco, as fotos de família, de forma a tentar estimular a manutenção dessa relação”*. Outra forma, que sugere a Directora Técnica do Centro de Dia “Memória de Mim” é dar formação aos familiares/cuidadores, na qual *“serve precisamente para dar e fornecer estratégias aos familiares para compreenderem melhor o que é a doença para depois também saberem lidar com o avanço da doença em si”*. Antunes (2011), menciona que sucesso do processo de prática está dependente da relação estabelecida entre ambos (utentes-famílias-instituição), e estes técnicos adoptam por estabelecer uma relação profissional alicerçada na confiança, comunicação e na participação,

utilizando a proximidade, a empatia como vínculo para a confiança, segurança e suporte.

Por último e de uma forma geral, os técnicos que fazem a intervenção ao nível social, que não o Assistente Social, aludem para o facto de que um dos aspectos a ser considerado para melhor intervir junto da população com demência, é a existência de serviços que possam incluir a residência para estes utentes, de forma a dar continuidade ao trabalho realizado num centro de dia, *“a existência de um serviço completo de residência e mesmo de um serviço de apoio de cuidados, de apoio domiciliário seriam importantes...e conseguirmos chegar às pessoas nas diferentes fases da doença dos seus familiares, eu penso que isso era importante, essa diversificação de serviços”*.

É imprescindível conseguir fazer progressos nos serviços oferecidos pelas instituições de curta e longa estadia e apostar na formação, qualificação e motivação das pessoas que lidam diariamente com a população idosa, para que lhes possam proporcionar as condições mais adequadas para o seu bem-estar físico e emocional. Esta ideia é defendida num estudo realizado por Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) onde referem que é necessário o desenvolvimento de programas integrados em instituições com o intuito de não só promover conhecimentos e competências específicas a ter nos cuidados a idosos com demência, como também desenvolver estratégias para promover o auto-cuidado e a gestão do *stress* e a sobrecarga emocional dos cuidadores formais.

Intervenção ao nível ocupacional

Perrin, May e Anderson (2008, cit. in Costa, 2011, p. 64) definem que “a ocupação é tudo aquilo que cada um de nós escolhe para se dedicar e, porque tem um valor e significado, habitualmente compromete o nosso tempo, atenção e ambiente”. Contudo, a necessidade de ter uma ocupação deixa de ser tida em conta a partir do momento em que um idoso tem o diagnóstico de demência. Refere Paquete (2010) que o homem é um ser ocupacional e vive ao longo da sua vida diferentes papéis ocupacionais, a partir do momento em que tem demência, estes papéis são-lhes retirados ou o próprio indivíduo desiste de desempenhar as ocupações que faziam parte de si.

É neste contexto que entra o Terapeuta Ocupacional. Segundo as entrevistadas o papel e os objectivos da intervenção deste técnico junto dos idosos com demência passa sobretudo por “*tentar que eles sejam o mais independentes possíveis no dia-a-dia*”, “*promover por um maior período de tempo a autonomia que a pessoa tem, o desempenho ocupacional que ainda apresenta e promover o bem-estar e dignidade sempre*”, “*manter, restaurar e melhorar a capacidade funcional e cognitiva, mantendo o idoso activo e independente o mais tempo possível, proporcionando qualidade de vida*” e “*manutenção ou melhoria das competências*”. Segundo a literatura, o Terapeuta Ocupacional age como um facilitador que o capacita a fazer o melhor uso possível das capacidades que ainda possui. No fundo, pretende-se que o idoso tenha um desempenho o mais independente possível, salientando as áreas do auto-cuidado, do lazer, da manutenção dos seus direitos e papéis sociais (Ferreira e Clos, 2006). Fala-se na importância da terapia ocupacional no treino das AVD's, AVDI's, na estimulação sensorial-motora, na parte cognitiva, da memória, atenção concentração e “*ajudar também que eles sejam mais autónomos possíveis e libertar um pouco os cuidadores dessas tarefas*”. Jacinto (2009) menciona que a Terapia Ocupacional tem como objectivo o maximizar da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida do doente, tal como fornecer (in) formação aos prestadores de cuidados, sejam eles cuidadores formais ou informais (Jacinto, 2009). Procura-se não só prevenir a deterioração das competências cognitivas, sensoriais-motoras e sociais do indivíduo, como também compensar os défices já existentes. Neste sentido, o profissional, em conjunto com os prestadores de cuidados, deve proporcionar um ambiente seguro e adequado à condição particular do indivíduo (*World Federation of Occupational Therapy*, 2004).

Quando se fala no processo de prática com os idosos, as terapeutas entrevistadas confirmam que existe *“sempre uma avaliação de cada utente que temos cá, uma avaliação individual e um acompanhamento mais de perto destes nossos utentes aqui no centro de dia”*. Como profissionais de saúde, os terapeutas ocupacionais utilizam um método inicial de intervenção: a avaliação para recolher informações e identificar o problema dos seus pacientes. No caso dos pacientes com demência, além da recolha de dados também é importante a entrevista com o cuidador, na medida em que este irá fornecer informações sobre a história ocupacional e ainda fornecer dados acerca do estado actual e prévio do desempenho nas Actividades de Vida Diária (AVD's), bem como o estado de progressão da doença (Corregidor, Moralejo e Ávila, 2007). Mais uma vez aqui também se faz alusão à Abordagem Centrada na Pessoa como forma de intervir nestes idosos. Para os cuidadores existem outros mecanismos de intervenção que passam essencialmente pelo fornecimento de estratégias de como lidar com a doença, de como lidar com as mudanças de comportamentos, no fundo munir os familiares/cuidadores de *“estratégias nesse sentido, como lidar por exemplo com o tomar banho ou com as dificuldades na alimentação, o que é que pode ser feito, ou como é que se altera o quarto da pessoa porque ela de noite levanta-se e cai ou...passa muito por aí, dar estratégias para modificar o ambiente ou para lidar com questões do dia-a-dia”*. Para Pereira (2011), *“os dispositivos de ajuda aos cuidadores devem basear-se na informação, formação, suporte, alívio e intervenção psicoterapêutica, numa lógica de coordenação, precocidade e adaptação dos serviços”* (p.66). Estas questões, na maioria das vezes, são aprofundadas e exploradas através dos programas psio-educativos, de consultas de psicologia ou de formações realizadas para os cuidadores. Alguns estudos têm-se centrado na assistência aos cuidadores de pessoas com demência no sentido de os habilitar para lidar com a dependência nas AVD's e as alterações comportamentais, desenvolvendo intervenções com a finalidade de otimizar a capacidade do auto-cuidado ou de permitir ao cuidador suporte informativo e competências técnicas que contribuam para desenvolver capacidades e prevenir comportamentos indesejáveis no doente (Chang, 1999; Proctor, Martin e Hewison, 2002). A formação sobre os aspectos práticos assume um papel também importante no sentido de habilitar os cuidadores para lidar com a doença diminuindo estados de confusão e estimulando o doente (Simões, 1994). Há que destacar que existe todo um trabalho realizado com os cuidadores por parte desta equipa, que é de extrema

importância, pois só assim é que se consegue dar continuidade ao trabalho desenvolvido no centro de dia.

No que se refere às especificidades que estes profissionais devem ter na sua intervenção junto de uma pessoa com demência, acima de tudo é necessário ir de encontro com as vivências e experiências passadas bem como atender aos gostos pessoais de cada indivíduo, *“acima de tudo primeiro conhecer a pessoa que está à nossa frente, isso é fundamental, porque às vezes centramos no diagnóstico e não chega, mas para além de conhecer a pessoa, se eu conhecer muito bem a história de vida tenho mais de 50% do trabalho feito”*. Costa (2011) refere que o terapeuta ocupacional tem de conhecer quais as tarefas que mais se adequam a cada idoso e naturalmente a cada doente, para que não se force o mesmo a realizar tarefas que ele no passado evitava ou não gostava de fazer, *“por exemplo se eles gostam da música se calhar pegar na música para trabalhar a memória; tentar pegar sempre nos interesses para fazer as actividades, penso que é muito mais fácil motivá-los e pegar assim nessas coisas”*.

O trabalho efectuado pelos Terapeutas Ocupacionais difere de doentes com demência para doentes sem esta patologia, pois se no *“envelhecimento dito normal a questão fulcral aqui é trabalhar as actividades fora do contexto de trabalho, fora da rotina do trabalho, preenchendo um bocadinho todas as lacunas que aí advêm, aqui para além disso temos que também ajudá-los a encontrar “um rumo” que seja mais adequado para cada um. Neste rumo temos que ponderar as perdas que eles vão tendo e as outras coisas mais positivas que vão ganhando”*, confere a Terapeuta Ocupacional do Centro de Dia São João de Deus. Entenda-se que para cada patologia existe uma intervenção diferente, e nestes casos não há excepção, mais que tudo *“há que ter em mente as especificidades de cada patologia e quais os efeitos nas capacidades funcionais e cognitivas”* de cada pessoa. Os benefícios da Terapia Ocupacional são multifacetados. Carleto et al. (2010) menciona que o apoio na saúde e na participação na vida através do envolvimento em ocupações é a consequência mais ampla da intervenção. O aumento do desempenho ocupacional do idoso, assim como a percepção da auto-eficácia sobre a sua vida e habilidades, são aspectos de resultados positivos.

É de consenso comum entre todas as entrevistadas que, envolver a pessoa com demência na sua própria intervenção, reproduz efeitos ainda mais visíveis no bem-estar de cada um. Vejamos algumas das estratégias utilizadas por estes técnicos para promover este bem-estar: *“as estratégias de ocupação às vezes são coisas simples, por*

exemplo, se a pessoa naquele momento não está bem para fazer uma actividade eu posso simplesmente pegar nela e dar uma volta aqui se tiver mau tempo”, “proporcionar o envolvimento em ocupações que sejam significativas para si, que promovam o sentimento de bem-estar, reforcem a auto-estima e proporcionem qualidade de vida”, “tentamos que eles ocupem aquele dia com coisas que gostem, tentamos pegar nos interesses deles e motivações e pegar por aí e também às vezes com os que têm mais competências passar algumas actividades para casa”, “nós tentamos é mostrar-lhes outro tipo de tarefas que se calhar eles poderiam também os interessar, a partir daí, a partir da motivação intrínseca para a tarefa, nós podemos pegar por aí e trabalhar essas competências de uma forma mais prazerosa estando na mesma nós a trabalhar objectivos específicos”. Sem dúvida que é fundamental que os idosos possuam uma ocupação, onde exerçam actividades que lhes proporcionem prazer e os façam sentir úteis, visto que a falta de ocupação tem efeitos negativos sobre qualquer humano. Rodrigues (1999) refere que a regulamentação própria de uma instituição abarca a totalidade da vida quotidiana, limitando a possibilidade dos idosos organizarem as suas actividades diárias. Todavia, nas instituições aqui estudadas é perceptível que os técnicos apoiam o idoso a ocupar, de um modo construtivo e lúdico, o seu tempo, realizando diferentes actividades adequadas aos seus interesses e ao seu modo de vida.

Segundo Ferriotti (2001), existe um leque de actividades que a Terapia Ocupacional pode utilizar no seu trabalho junto ao idoso. Da mesma forma, a OMS em 1993 aprovou algumas terapias para intervir junto com a pessoa portadora da Doença de Alzheimer. Estas não só procuram reabilitar as funções cognitivas como também os aspectos sociais e comportamentais. As actividades apresentam-se como os recursos utilizados pelos Terapeutas Ocupacionais que facultam conhecimento e experiência; ajudam na modificação de rotinas; aumentam a comunicação, permitindo o crescimento pessoal, a interacção social, procurando as necessidades e potencialidades de cada sujeito (De Carlo & Bartalotti, 2001). As actividades referidas pelas entrevistadas são comuns na quase totalidade destas instituições, ora vejamos: treino das AVD's e AVDI's- *“que é no fundo perceber onde é que eles têm dificuldades e ajudá-los para que depois na prática, como na alimentação, no ir à casa-de-banho, sejam o mais autónomos possível”, actividades de estimulação cognitiva e sensorial, actividades de reminiscências- “trabalhar as gavetas das memórias, algumas delas estão abertas e trazem emoções, sentimentos que muitas vezes nem eles próprios conseguem chegar lá,*

ou seja conseguem identificar com um bocadinho mais de cuidado e um bocadinho de acompanhamento nós conseguimos abrir estas gavetas da memória”, actividades com música- “musicoterapia”, “tanto para o relaxamento como para estimular um pouco mais a parte motora”, actividades sócio-recreativas- “como as cartas, as damas, o dominó”, actividades motoras, de psicomotricidade, actividades na comunidade- “saídas ao exterior”, “visitar museus, cafés, igrejas”, actividades lúdicas, entre outras.

Goffman (2001, p.65) menciona que as actividades que não atentam às necessidades e aos interesses dos idosos são como “actividades que torturam o tempo e o matam misericordiosamente”.

Numa última instância, para perceber quais são os constrangimentos que decorrem na intervenção dos terapeutas ocupacionais junto dos idosos com demência, foi replicado que a vulnerabilidade destes utentes pode afectar a intervenção a qualquer momento, *“nós virmos que estamos atingir uma grande evolução e às vezes uma simples infecção respiratória deita tudo a perder e voltamos tudo para trás e realmente é penso que é um pouco por aí, tanto podemos ter bons resultados como podemos não ter e às vezes os bons resultados podem ser estragados por uma condição de saúde”,* tal como a instabilidade emocional, *“eu preparo uma acção e acho que aquilo vai correr muito bem e naquele dia o utente chega cá mais agitado porque dormiu mal ou porque em casa aconteceu qualquer coisa e vem para actividade agitado, ansioso ou até mais agressivo porque houve alguma coisa que despoleta aquele comportamento e o constrangimento vai na medida em que eu tenho de ser capaz de em pouco tempo modificar todo o objectivo que eu tinha para aquela tarde ou para aquela actividade”, “mesmo tendo em conta a parte das emoções é preciso ter muita cautela”.*

Castro, Lima & Brunello (2001) asseguram que as ocupações promovem alterações de atitudes, renovam o equilíbrio emocional, são impulsionadoras de trocas sociais e quebram com o isolamento. É primordial que as actividades realizadas sejam significativas para os idosos e, desse modo, se relacionem com seus interesses e com sua realidade social e cultural. Uma necessidade comum a todas as entrevistadas é que as actividades devem ir de encontro aos interesses, motivações e gostos de cada idoso, é necessário que exista o *“envolvimento em actividades significativas para si, que tenham em conta a sua história de vida e experiências passadas, que proporcionem qualidade de vida, bem-estar e reforço da auto-estima, que promovam a manutenção das capacidades funcionais e cognitivas existentes”, “as principais necessidades*

ocupacionais é as pessoas necessitarem de uma ocupação, seja ela qual for, se ela puder ser relacionada com a sua história de vida e com a sua identidade tanto melhor, que lhe seja significativa”, “no fundo é ocupá-los com coisas que sabemos que eles vão conseguir fazer também para não criar frustração e no fundo coisas que eles gostem de fazer”.

Fazendo uma revisão geral da intervenção ao nível ocupacional, pode-se verificar que o profissional de terapia ocupacional tem um papel preponderante no seio dos idosos com demência, pois considera que as actividades quotidianas e sociais fazem parte integrante da vida do Homem. Portanto, não basta apenas treinar o desempenho, é essencial entender a história de vida, os desejos, as necessidades, os medos e as habilidades de cada pessoa. Somente nesta perspectiva é possível desenvolver um plano que atenda aos anseios dos indivíduos de modo a favorecer as capacidades remanescentes de cada um.

Intervenção ao nível físico/motor

Proveniente do processo de envelhecimento, o declínio das capacidades físicas e as alterações ao nível fisiológico originam uma diminuição da capacidade funcional, levando assim à dependência física dos idosos (Andrade, 2013).

A intervenção ao nível físico/motor surge aqui como *“se fosse um complemento”* à restante intervenção. Refere a Fisioterapeuta do Centro de Dia São João de Deus que o papel deste técnico junto dos idosos com demência é bastante importante, pois *“associado ao défice cognitivo, até pela idade, geralmente há sempre um défice motor muito já presente”*, e por isso é necessário existir uma estimulação ou prevenção da perda da mobilidade, da força muscular para tentar retardar ao máximo a evolução da doença, *“ou mesmo até como já reabilitação, intervir em termos de reabilitação para ajudar a recuperar o que já perderam”*.

Tendo como principais objectivos a manutenção da mobilidade e da força muscular da pessoa com demência, o Fisioterapeuta tem que analisar e avaliar o movimento e a postura, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, *“tento sempre intervir com a parte da música, a interacção em grupo”*, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, de incapacidade e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor; com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida (Dec. Lei 564/99 de 21 de Dezembro 1999). A entrevistada responde que antes de tudo é preciso fazer uma avaliação de acordo com o processo, *“onde avalio se há cirurgias, se não há, em termos de défice de força, se é um doente colaborante”* e perante isso fazer *“tratamento muito personalizado”* a cada um.

Costa (2011) e Ribeiro (1998) referem que têm sido realizados alguns estudos que revelam que a prática de exercício regular ou actividade física regular contribui, claramente, para a melhoria da qualidade de vida da população idosa com ou sem demência. Um conjunto de desordens e incapacidades pode ser prevenido ou minimizado através da prática de exercício regular (Gil, 2005). Segundo Oliveira, Ribeiro, Borges e Luginger (2005), a força muscular, o equilíbrio e a resistência podem ser desenvolvidas através da realização de programas de actividades de movimento, cuidadosamente delineadas para as pessoas com demência. Estas ideias vão de encontro

com o que a Fisioterapeuta menciona, *“primeiro porque o doente mantém-se o mais independente possível e conseguir estar mais activo e fazer uma série de actividades, vai-lhe permitir o retardar da evolução da parte cognitiva porque uma pessoa que não consegue andar já está numa fase em que está numa cadeira de rodas, mais facilmente se deteriora em termos cognitivos”*. Na literatura, entende-se que a manutenção das competências motoras encontra-se directamente relacionada à permanência das competências cognitivas e sociais, pois se as funções motoras se mantêm, o idoso com demência sente-se mais capaz, aumentando portanto o seu sentido de eficácia que resulta da melhoria da sua participação (Gil, 2005). Uma estratégia utilizada pela técnica é *“ir buscar a memória do que é o andar, subir escadas, o falar na casa de banho de forma a que não tenha que lhe pedir directamente para andar ou para se colocar de pé, caso contrário não sabe, mas se eu decidir ir buscar a actividade de ir à casa de banho, ele já faz”*.

Quando questionada sobre as especificidades das pessoas com demência, esta responde que existem diversas, tais como *“muitos problemas respiratórios em fases já moderado/grave, já na terceira fase da demência, em que eles já estão dificuldades, já muito parados, muito sedentários e então tenho que fazer a cinesiterapia respiratória, porque há muitas infecções respiratórias, há muito o risco de fractura, onde a mais comum é a fractura do cólon do fémur onde é feita a colocação da prótese mas por incrível que parece consegue-se uma boa recuperação”*. Em estudos realizados nas décadas de 30 e 40 do século XX acerca dos efeitos da actividade física em idosos, mostram que esta actividade realizada de forma regular e correta, detém as perdas funcionais facultando-lhes mais autonomia e melhor qualidade de vida (Reis & Souza, 2012). A prática da actividade física está associada não só à melhoria da qualidade de vida nos idosos como também à obtenção de benefícios biológicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais.

Um aspecto a salientar é que trabalhar com estas pessoas é mais difícil do que o que se pensa, diga a participante no estudo que refere que o trabalho com uma pessoa sem esta patologia é completamente diferente do trabalho com uma pessoa com demência, *“enquanto que, por exemplo noutro tipo de doentes, sem ser doença psiquiátrica, consegue-se muito mais e mais rapidamente porque é pedida aquela técnica e o doente corresponde, aqui não”*. Para tal é necessário arranjar mais estratégias para captar a atenção do doente com demência, *“a primeira estratégia que utilizo é fazer com que o*

doente goste de mim, confie em mim, dar-lhe carinho, fazer-lhe entender que eu estou aqui para o ajudar e que gosto muito dele, porque isso é meio caminho andado para eu conseguir o que eu quero”. Refere ainda que é mais vantajoso trabalhar em grupo porque *“como vê um e vê outro eles acabam por fazer”*.

De forma a manter um envelhecimento mais saudável nas pessoas com demência, a Fisioterapeuta preocupa-se em equilibrar a parte cognitiva com a parte motora, assim *“quando eles em termos cognitivos estão mais ou menos e a parte motora está má, eu tento sempre acelerar que é para não deixar que a parte cognitiva depois agrave...às vezes é o contrário, a parte motora está boa e a parte cognitiva está má, então aí quando o doente vem e fica agitado, irritado, não insisto, suspende-se”* a actividade. Um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos demonstrou uma taxa de incidência de demência de 13% por 1000 pessoas/ano para idosos que faziam exercício três ou mais vezes por semana. Já aqueles que faziam exercício menos de três vezes obtiveram uma taxa de incidência de 19,7% por 1000 pessoas/anos (Larson, Wang, Bowen, et al). São valores significativos e que os técnicos de fisioterapia têm em conta para a extinção do sedentarismo nas vidas das pessoas com demência, *“é importantíssimo tirá-los o máximo da cama, dos cadeirões e de preferência das cadeiras de rodas”*, já que existem estudos que sugerem que os idosos não sedentários apresentam menor frequência de depressão (Benedetti, Borges, Petroski & Goncalves, 2008).

Tendo em conta as diferentes formas que a fisioterapeuta utiliza para manter estas pessoas com diagnóstico de demência activas, o passeio é o mais utilizado. Muitas vezes estas pessoas ficam irritadas e sem vontade de fazer nada, então o *“mais vantajoso nesses casos são os passeios no exterior”*, de forma a descontrair e aproveitar para fazer actividade física. Outros exercícios realizados em sala são tidos em conta para promover e melhorar a qualidade de vida numa pessoa com demência, tais como *“as pedaleiras porque tem mais vantagem que a bicicleta...as roldanas para ganho de mobilidade dos ombros...os bastões para elevar...jogos para coordenação com bolas...escadas de membros superiores e correcção de corpo na parede...a roda também para ganhar mobilidade e força...e depois temos toda a parte da electroterapia que ajuda imenso quando há dor”*. Portanto, reafirma-se a importância de um Fisioterapeuta numa instituição com pessoas com demência, pois muitas vezes as próprias pessoas não têm capacidade sequer para pensar que o exercício físico é

importante e daí que é necessário ajudá-lo na manutenção de um estilo de vida activo. Estudos comprovam que a actividade física consegue reduzir ou atrasar os riscos de demência, ainda que não se possa afirmar que a evita (Benedetti, Borges, Petroski & Goncalves, 2008).

Numa última instância, a técnica de fisioterapia menciona para o facto de que é necessário existir uma avaliação permanente e individualizada de forma a acompanhar as fases da demência em que se encontra o idoso e perceber os problemas que daí advêm. Nem todos apresentam os mesmos problemas, tal como se referiu em cima uns com problemas mais de mobilidade, outros com problemas cardíacos, *“uns porque precisam mais de fortalecimento nos membros inferiores, outros nos membros superiores, depende de se têm artroses nos joelhos, se têm débito de mobilidade ou força nos membros superiores. Dependente muito das patologias, se o doente é cardíaco não pode fazer grande esforço e anda bem, se tem dores lombares, eu faço o tratamento só para as lombalgias”*.

De uma forma geral, o exercício e a actividade física na Terceira Idade são essenciais pois contribuem para a melhoria de inúmeros factores, particularmente a melhoria da aptidão físico-motora, o aumento da tonicidade e das resistências musculares e cardiorrespiratórias.

Intervenção ao nível cognitivo

O Psicólogo observa o comportamento e os mecanismos mentais do homem e procede a investigações sobre desordens psicológicas em domínios tais como o fisiológico, social, pedagógico e patológico, utilizando técnicas específicas. Entende-se que o papel deste junto dos idosos com demência é fundamental, pois passa por ter algumas tarefas importantes associadas à sua intervenção, como é o caso de fazer a *“avaliação dos utentes, a avaliação neuropsicológica dos utentes e de intervenção diárias com os utentes, seja individualmente seja em grupo”*. Porém, e antes de qualquer utente entrar num programa de intervenção, existe um trabalho que é realizado pelos diferentes profissionais das instituições. Numa fase inicial é realizada uma avaliação individual de cada área que constitui a equipa multidisciplinar. Só após a avaliação individual de cada área, é que o caso é analisado e discutido em reunião de equipa e posteriormente elaborado em conjunto o Plano de Intervenção Individual do utente.

Seguramente, depois o Psicólogo avançará com a avaliação neuropsicológica, que na opinião de uma entrevistada, *“o técnico deve estar familiarizado com as principais demências degenerativas; saber os sinais e sintomas mais frequentes das demências e estar alerta para a sua manifestação; dominar algumas provas para determinar a existência de défices cognitivos; e conhecer os procedimentos necessários para uma investigação diagnóstica completa”*. Uma avaliação neuropsicológica, que está inserida no contexto de exames complementares de diagnóstico, determina, de forma qualitativa e quantitativa, os défices de várias áreas do funcionamento cognitivo (memória, raciocínio, atenção, orientação, afasias, apraxias, agnosias, planificação, capacidade visuo-espacial, entre outras) (Guerreiro, 2005). Para se proceder à inserção do idoso com demência num Programa de Estimulação Cognitiva (PEC), a avaliação cognitiva formal e extensa vai possibilitar uma melhor caracterização dos domínios cognitivos mais afectados. Como indica Castro (2011), tem sido comprovado que estes programas têm um efeito benéfico na melhoria e manutenção dos processos cognitivos e que, em muitos casos, se verifica uma diminuição do prejuízo cognitivo (Verghese et al., 2003; Melo, 2008; Pires, 2008), bem como uma diminuição dos sintomas depressivos nos idosos institucionalizados (Gonçalves, 2007; Spector et al., 2003; Spector, Orell, Davies & Woods, 2001). Diversos estudos têm apontado para uma melhoria significativa da cognição, da qualidade de vida e das habilidades funcionais nos idosos com demência, após a intervenção cognitiva (Farina et al, 2002; Loewenstein, Acevedo, Czaja & Duara,

2004; Spector et al, 2003; Spector, Orell & Woods, 2010; Orell, Spector, Thorgrimsen & Woods, 2005; Thiel et al, 2011).

Para além da tarefa de avaliar e diagnosticar, também há o trabalho cognitivo, que consiste em “*desenvolver estratégias de coping para lidar com o processo demencial e com as mudanças que este acarreta, intervir nos sentimentos que advêm da percepção de incapacidade e determinar a modalidade das intervenções, de acordo com as características de cada utente: intervenção individual ou de grupo*” e “*também fazer um trabalho psicoterapêutico, de ajudar a lidar com as mudanças que vão acontecendo na sua vida, com quadros depressivos, com quadros ansiosos que vão surgindo...é um trabalho bastante importante*”. O Psicólogo/Neuropsicólogo ainda tem como função actuar junto dos familiares/cuidadores, que sofrem de *stress* e de uma sobrecarga emocional e que necessitam de ajuda e estratégias de *coping* para saberem como lidar com as perdas progressivas, sociais, intelectuais e afectivas do seu familiar.

Em comum a estas entrevistadas estão os objectivos traçados para intervir com esta população, “*retardar, durante o maior período de tempo, o processo de deterioração das funções nervosas complexas, obter a optimização possível do funcionamento cognitivo-operativo e da esfera comportamental, evitar a desconexão com o meio e fortalecer as relações sociais*”, “*proporcionar um maior bem-estar, a melhor qualidade de vida às pessoas, também lhes trazer alguma esperança de que é possível fazer mais, é possível fazer algo*”; que não deixam de ser os mesmos para pessoas que não tenham esta patologia, “*os princípios básicos da minha intervenção são sempre os mesmos, que são este enfoque, este enfâse no estabelecer de uma relação com uma pessoa, uma relação próxima, de confiança, de segurança*”. Ainda assim, a outra Psicóloga refere que “*ao contrário do que acontece em muitas instituições onde o planeamento das actividades apenas tem um carácter lúdico, o objectivo da nossa intervenção é clínico e o planeamento das actividades para ser efectivo, terapêutico e pessoalmente significativo*”.

No entender destas duas profissionais da Psicologia, as principais especificidades das pessoas com demência são essencialmente a necessidade de afectividade, segurança, protecção e confiança. As pessoas com demência enfrentam uma doença degenerativa que implica a perda de capacidades cognitivas, físicas e funcionais, enfrentando alterações importantes nas suas vidas. Por isso, necessitam de apoio e empatia, espaços para expressar as suas emoções e sentirem-se compreendidos. Mencionam que é

necessário “*uma grande afectividade, um estabelecimento de uma relação próxima, de uma relação de confiança, afectiva, com disponibilidade, com paciência, as pessoas vão repetir as mesmas coisas, as pessoas vão colocar as mesmas questões...e é preciso que as pessoas sintam do outro lado que há disponibilidade para as ouvir, que há disponibilidade para estarem com elas*”, “*é muito importante tentar empatizar com a pessoa afectada, ter em conta as suas necessidades, sentimentos, desenvolver a sua individualidade e autonomia*”.

Existe um leque de programas de estimulação que podem ser realizados na pessoa com demência, e estas instituições prezam-se por isso mesmo, apresentam uma multiplicidade de actividades que podem ser trabalhadas atendendo às áreas cognitivas que estão em défice do indivíduo. Desde a simples utilização da técnica de estimulação “de papel e lápis”, a utilização do computador, a promoção da colaboração em tarefas domésticas, “*por exemplo ajudar a dobrar panos ou por a mesa*”, ao simples facto de colocar o idoso a ouvir rádio ou ver televisão. Num estudo realizado recentemente por Cardoso (2012), em que o objectivo era avaliar a eficácia de um programa de Treino Cognitivo com a consola Wii™ da Nintendo™ no desempenho cognitivo em quatro doentes com o diagnóstico provável de Demência Tipo Alzheimer, os resultados foram surpreendentes: o programa de estimulação cognitiva foi eficaz na preservação dos domínios cognitivos e atraso do declínio cognitivo. Refere uma das entrevistadas que uma estratégia a adoptar nesta intervenção é “*ter muita criatividade, alternância de materiais, alternância de tarefas, e uma grande adequação das tarefas à pessoa que temos pela frente de modo a não a frustrar ou também a não infantilizar ou tornar a tarefa demasiado simples*”.

A certa altura das entrevistas, colocou-se a questão de qual seria o impacto e quais as mudanças que ocorriam numa pessoa idosa com demência após a aplicação de um programa de estimulação e as respostas foram idênticas, “*podem ser observadas mudanças a nível do rendimento cognitivo, melhoria da sintomatologia psicológica (estados de depressão, ansiedade, agitação, apatia), aumento da capacidade de comunicação e socialização*”, “*também no que toca à maior mobilidade, maior manutenção de alguma autonomia*”. Refere-se aqui que o impacto mais visível é a quebra do isolamento a que os doentes estão confinados nas suas casas, começam a perceber que “*também há outras pessoas a vivenciar a mesma questão... e que há coisas que eles conseguem fazer, que há coisas que eles podem fazer*”.

Por fim, os principais constrangimentos que advêm da intervenção destes Psicólogos nas pessoas com demência são a dificuldade em estabelecer comunicação com alguns idosos em fases mais avançadas, em gerir certos comportamentos complicados, como a agressividade por exemplo, a dificuldade de ter um grupo heterogéneo, ou seja um grupo em fases distintas da demência. Surge também, e como já foi referido por outros intervenientes a urgência e *“necessidade de existência de um espaço de continuidade, por exemplo, um espaço de residência, em que as pessoas quando sentissem que já não são capazes no seu domicílio de tratar destes doentes, poderem ter um espaço institucional que pode-se dar continuidade a este trabalho”*.

Apesar das dificuldades sentidas na investigação da implementação de todas estas intervenções não farmacológicas anteriormente descritas, uma grande variedade de abordagens tem sido testada com sucesso, muitas das quais apresentaram como resultados melhorias estatística e clinicamente significativas ao nível da manifestação de problemas de comportamento (Garcia, 2011). Este tipo de intervenção é frequentemente utilizado em detrimento das intervenções farmacológicas, uma vez que visa abordar as razões psicossociais/ambientais que conduzem à manifestação de determinado comportamento e evita as limitações de intervenções farmacológicas (Castro, 2011).

6. Conclusões e limitações do estudo

Este estudo é de natureza qualitativa, pois pretendeu-se com esta investigação fazer uma recolha o mais aprofundada possível e que permitisse identificar os mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Atendendo ao problema em causa e aos objetivos inicialmente delineados, considerou-se pertinente a realização de uma investigação qualitativa, pois permitiu uma compreensão absoluta do fenómeno/acontecimento em causa.

Estudos realizados em Portugal têm revelado um aumento do número de pessoas idosas com demência na comunidade (Nunes et al., 2010, Alzheimer Portugal, 2009) e grande parte destes casos terminam inevitavelmente em institucionalização num equipamento social (Agüero-Torres, Von Strauss, Viitanen, Winblad & Fratiglioni, 2001). Uma vez institucionalizados, os idosos com demência vêm a sua participação diminuta e limitação ao nível das atividades (Rocha, Marques, Pinto, Sousa, & Figueiredo, 2013). Porém, a realização deste estudo teve como objectivo identificar e compreender em que consiste a especificidade de outras instituições que desenvolvem intervenção apenas com idosos com demência.

É perceptível que as instituições pertencentes ao estudo revelam um cuidado máximo ao trabalharem com esta população que têm características muito próprias. São respostas especializadas e que respeitam as características individuais e a especificidade de cada cliente. Em conjunto com a família e, sempre que possível com o próprio idoso, é desenvolvido um plano de intervenção individual, que vai de encontro aos hábitos, gostos e costumes da pessoa com Demência. Contrariamente, e na teoria que Pimentel (2001) apresenta, noutras respostas de índole social, a integração de uma pessoa idosa com demência pode ser vista como uma ameaça na medida em que a instituição não está preparada para serviços que respeitem a individualidade, a personalidade, a privacidade e o modo de vida do idoso. As grandes críticas que se encontram na literatura sobre os equipamentos tradicionais, como os lares de idosos, é que a sua abordagem se centra fortemente na medicação e nos cuidados clínicos, num ambiente quase hospitalar e na grande falta de privacidade (Paquete & Silva, 2011). Na mesma linha, Zeisel et al (2003) referem-se ao factor da privacidade “como facilitador da melhoria dos comportamentos das pessoas com demência” (Paquete & Silva, 2011, p.67), em

conjunto com outros indicadores expostos neste estudo, a personalização do ambiente e a existência de sinaléticas adequadas aos obstáculos cognitivos dos idosos, no mesmo estudo, os autores salientam a importância do idoso com demência estar num ambiente compreensível para ele.

Tendo em conta o número cada vez mais elevado de indivíduos afetados com demência (doentes e familiares), tornar-se imprescindível fazer um diagnóstico precoce na medida em que se consiga fazer uma intervenção mais adequada à realidade. Pode-se constatar que nas instituições estudadas, nada é feito sem primeiro pensar no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa com que estão a intervir. Sob o olhar de uma equipa multidisciplinar, todas as actividades são organizadas tendo sempre em conta uma perspectiva holística da pessoa, compreendendo as dimensões ao nível social, ocupacional, relacional, psíquica, espiritual e de saúde.

Com recurso ao uso combinado de medicação e terapias não farmacológicas, os Centros de Dia aqui investigados oferecem uma panóplia de serviços e actividades, nomeadamente estimulação cognitiva, sensorial e motora, estimulação da autonomia para as actividades da vida diária, terapia ocupacional, actividades artesanais, lúdicas e de lazer e outras. Numa “abordagem transclínica⁸”, também existe aqui um trabalho muito importante de intervenção e apoio às famílias e cuidadores das pessoas com a demência.

Os principais objetivos da intervenção destas instituições e por conseguinte de cada técnico que lá trabalha, assentam sobretudo em contribuir para a manutenção das capacidades, diminuir o isolamento social e melhorar a qualidade de vida de cada pessoa que ali passa. A estimulação seja ela a nível cognitivo, social, ocupacional ou físico-motor tem sempre por base a “abordagem centrada na pessoa”, filosofia que é seguida por todas as instituições que trabalham com os idosos demenciados. Esta abordagem é direccionada para cada caso em específico, à generalização das actividades e tendo em conta a valorização da história de vida, dos gostos e hábitos de cada um.

De uma forma sucinta, o presente estudo contribuiu com mais conhecimento no que diz respeito à implementação de programas bem estruturados para idosos com demência. Os objectivos aos quais se propôs foram parcialmente atingidos, pois para realização deste estudo era expectável que todos os intervenientes pudessem colaborar e assim

⁸ Expressão utilizada por uma entrevistada, que diz respeito ao trabalho que é realizado com familiares dos pacientes.

corresponder às expectativas. Entretanto, compreende-se que nem sempre os estudos contemplam os anseios dos seus autores, e neste caso as características da amostra e demais factores, citados a seguir como limitações, podem ter contribuído para os resultados encontrados.

Limitações do estudo

O estudo teve algumas limitações que prenderam sobretudo com o facto de existirem poucas instituições no nosso país que trabalhem especificamente com idosos com demências.

Por serem ainda tão escassas, a procura por parte da população, quer de estudantes para realizarem investigação, quer de famílias na procura de ajuda, é imensa. Este facto impossibilita, muitas vezes, estas instituições de conseguirem disponibilidade e capacidade para dar resposta a tudo o que lhes é solicitado. Portanto, também esta carência de disponibilidade de algumas das instituições impossibilitou que neste estudo se pudesse fazer um trabalho mais aprofundado sobre as intervenções que se realizam para as pessoas idosas com demência.

Recomendações futuras

Seria de particular relevância conseguir fazer este mesmo estudo em todas as instituições do país que trabalhem com pessoas idosas com demência e na mesma proporção fazer com os equipamentos sociais comuns, como as estruturas residenciais para pessoas idosas, os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário. Assim, poderia fazer-se um termo de comparação no que se refere à realidade existente e às principais directrizes de intervenção de cada uma. Isto possibilitaria ainda uma outra visão sobre as demências aos Gerentes e Técnicos que estão à frente de algumas instituições e que pretendessem adaptar os seus serviços à população em questão e, também a todas as outras pessoas que carecem de informação sobre este mundo.

BIBLIOGRAFIA

- Agüero-Torres, H., Von Strauss, E., Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2001). Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of clinical epidemiology*, 54(8): 795-801.
- Aguilar, M. et al. (1998). Doença de Alzheimer e outras demências & apoio financeiro e assuntos legais. *Geriatrics*, 101 (11-20).
- Agency for Healthcare Research and Quality (2002). *Physical activity and older Americans: Benefits and strategies*, 81 (1), 55-59.
- Albuquerque, V. & Simões, C. (2011). *SOS idoso*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares. Aspectos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- Almeida, C. (2013). *Sociedade 4-2-1. Impacto das políticas de envelhecimento ativo promovidas pela Câmara Municipal de Aveiro junto da população idosa, não institucionalizada, do concelho*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Almeida, R. (2011). *A terapia ocupacional como recurso para idosos Institucionalizados – um estudo de avaliação das necessidades Ocupacionais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova Lisboa. Lisboa.
- Alzheimer Association (2009). *Know the 10 signs early detection matters*. Disponível em: http://www.alz.org/national/documents/checklist_10signs.pdf.
- Alzheimer Disease International (2010). *Relatório Mundial de Alzheimer 2010*. Disponível em www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Portuguese.pdf
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer*. Alzheimer Portugal.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª edição. Lisboa: Climepsi.

- Andrade, D. (2013). *Idosos activos, idosos saudáveis*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Lisboa.
- Andrade, L. (2009). *A flecha do tempo...as práticas de serviço social nas IPSS no concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra.
- Antunes, A. (2011). *Serviço Social: o desafio da intervenção na doença de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L, & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 193-201. Doi: 10.12707/RIII11104
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente de Alzheimer (2004). *O Silêncio da Memória – O (Des)conhecimento da Doença de Alzheimer em Portugal*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Australian Government Department of Health and Ageing (1999). *National physical activity guidelines for Australians*. Disponível em: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/health-pubhlth-strateg-phys-act-guidelines>.
- Ávila, R. (2003) Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 30 (4), 57–69.
- Backhouse, A. & Drew, P. (1992). The design implication of social interaction in a workplace setting. In: *Environment and planning B: planning and design*.
- Bagagem, P. (1992). *Pessoas idosas Presente e futuro*. Lisboa: Servir.
- Baldassin, A. (1993). *Enfermagem Gerontológica*. São Paulo: Editora Artmed.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bandeira, L. & Cabral, M. (2012). Manual de trabalho, *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: evolução e perspectivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos e Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa.

- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percecionadas pelos cuidadores formais. *Psicologia, saúde e Doenças* 12 (1): 119-129.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., Wareing, L. A. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of advanced nursing*, 43(5), 465-477.
- Barreto, J. (2007). A doença de Alzheimer. In: Quaresma, M., Pitaud, (2007), *Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias – Perspectivas e análises: Portugal, Espanha, França e Itália* (pp.19-35). Lisboa: Universidade Lusíada – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e Lentidão Psicomotora. In Actas do Simpósio 99 - Envelhecer Melhor com a Actividade Física (pp. 63-71).Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Barreto, J. (2005). Os Sinais da Doença e sua Evolução. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.27-40). Lisboa: Lidel.
- Benedetti, T., Borges, L., Petroski, E. & Goncalves, L. (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Revista Saúde Pública*, 42, 302-307.
- Berguer, L. e Poirier, D. (1996). *Pessoas Idosas: Uma abordagem geral*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bize, P.R. & Vallier, C. (1985).*Uma Vida Nova: A Terceira Idade*. Lisboa: Editora Verbo.
- Bottino, C. M. C.; Carvalho, L.; Alvarez, A . M.; Ávila, R.; Zukauskas, P. R.; Bustamante, S. E., et al (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipa multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60 (1), 70-79.
- Bouchard, C. & Shepard, R. (1994). Physical activity, fitness and health: The model and key concepts. In C. Bouchard, R.J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health*. IL: Human Kinetics Publishers.

- Boyle, G. e Pollock, C. (2003). *The effect of Snoezelen on psychotropic drug use of nursing home residents with dementia*. 38th APS Annual Conference. Perth Western Australia: The Australian Psychology Society.
- Brawley, E. (1997). *Designer for Alzheimer's disease: strategies for creating better care environments*. Nova Iorque: John Wiley & Sons, inc.
- Brito, L. (2001). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 1-12.
- Calenti, J. (2002). *Inclusión Socio- laboral e envejecimento en las personas con Discapacid intelectual*. Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Camara, V. D., Gomes, S. S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S. A., Ramos, P. A. F., Lima, J. A. M. C., Camara, I. C. G., Silva, L. E., Silva, A. B., Ribeiro, M. C. & Fonseca, A. A. (2009). Reabilitação cognitiva das demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45 (1), 25-33.
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: O portal dos psicólogos.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cardoso, C. (2012). *Avaliação da eficácia de um programa de treino cognitivo com a consola WIITM NINTENDOTM em pessoas com doença de Alzheimer: estudo de caso múltiplo*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Carleto, D., Souza, A., Silva, M., Cruz, D. & Andrade, V. (2010). Estrutura e prática da Terapia Ocupacional: Domínio e processo. *Revista Triangular*, 3(2), 57-147.
- Carrilho, M. & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36.
- Carvalho, I. (2006). *Avaliação funcional das habilidades de comunicação- ASHA FACS para população com doença de Alzheimer*. Tese de Doutoramento não pulicada. Faculdade de Medicina. São Paulo.

- Catarino, D. (2011). *Percepção e satisfação com o bem-estar e a qualidade de vida. Estudo comparativo em idosos do sexo masculino activos vs sedentários*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Coimbra.
- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento activo/saudável- opinião dos idosos do concelho de Viana do Castelo*. Monografia de Licenciatura. Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima.
- Castro, A. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Castro, E., Lima, E. & Brunello, M. (2001). Atividades Humanas e Terapia Ocupacional. In De Carlo, M. & Bartalotti, C. (Eds.), *Terapia Ocupacional no Brasil*. São Paulo: Plexus.
- Cerejo, A., & Vieira, I. (s.d). Estimulação/ reabilitação cognitiva. Disponível em: <http://www.genialmente.pt/senior/terapia-e-reabilitaca/estimulacao-reabilitacao-cognitiva/>
- Chang, B. (1999). Cognitive-behavior intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 48 (3), 173-182.
- Círculo Leitores (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Vol. III)*. Lisboa: Circulo Leitores.
- Cohen-Mansfield, J., Creedon, M. A., Malone, T., Parpura-Gill, A., Dakheel-Ali, M., & Heasly, C. (2006). Dressing of cognitively impaired nursing home residents: Description and analysis. *Gerontologist*, 46(1), 89-96.
- Cohen, U. e Weismann, G. (1991). *Holding on to home: designing environments for people with dementia*. Maryland, Johns Hopkins University Press.
- Coimbra, A. (1990). Redes Sociais: Apresentação de um instrumento de investigação. *Análise Psicológica*, 2 (VIII).
- Comissão das Comunidades Europeias (2006). *O futuro demográfico da Europa: transformar um desafio em oportunidade*. Comissão das Comunidades Europeias: Bruxelas.
- Cooper, B. (1993). Long term care design: current research on the use of color. *The Journal of Healthcare Design*, VI, 61-67.

- Corregidor, S., Moralejo, G., & Ávila, A. (2007). Terapia ocupacional em psicogeriatría. Congresso Virtual de Psiquiatria, 5. Disponível: <http://www.terapiaocupacional.com/articulos/AVD-sanjurjo.html>.
- Costa, E. (1998). *Gerontodrama: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Editora Ágora.
- Costa, L. (2011). *Memórias enclausuradas. A Institucionalização de Doentes de Alzheimer em Respostas Sociais Não Específicas*. Dissertação de Mestrado. Braga: Faculdade de Ciências Sociais.
- Costa, M. et al (1999). *O Idoso: Problemas e realidades*. Coimbra: Formas.
- Cramês, M. (2012). *Envelhecimento activo no idoso institucionalizado*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.
- Cunha, J. (2000). Mini-exame do estado mental. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico – V* (5ª ed.) (pp. 628-629). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, P. (2012). *O múltiplo olhar institucional sobre os doentes de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Viseu.
- Cox, B. (2007). *Dementia and Social Work Practice: Research and Interventions*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Decreto-lei nº 122- A/2014.
- De Carlo, M. & Bartalotti, C. (2001). *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus.
- De La Rica M. & Hernando I. (1994). Cuidadores del anciano demente. *Revista Rol de Enfermería*, 187, 35-40.
- Department of human health & Human Services (2006). *Protección en el Hogar: para las personas con la enfermedad de Alzheimer*. Washington, DC: AAuthor.
- Deps, V. L. (1993). Actividade física e bem-estar psicológico na maturidade. In Neri, A. L. (Org.), *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, São Paulo: Papirus.
- Dias, O. (2010). *Planos de Investigação -Avanço Passo a Passo*. Santa Maria da Feira: Edição do autor.

Dieckmann, L., Zarit, S., Zarit, J., & Gatz, M. (1988). The Alzheimer's Disease Knowledge test. *The Gerontologist*, 28(3), 402-407.

DGEEP/MTSS (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: MTSS/DGEEP.

DGEEP/MTSS (2007). *Carta Social, rede de serviços e equipamentos – Relatório 2005*. Lisboa: DGEEP/MTSS.

Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., Dekosky, S., Barberger-Gateau, P., Cummings, J., Delacourte, A., Galasko, D., Gauthier, S., Jicha, G., Meguro, K., O'Brien, J., Pasquier, F., Robert, P., Rossor, M., Salloway, S., Stern, Y., Visser, P, and Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*, 6, 734–746.

Engelhardt, E., Brucki, S. Cavalcanti, J & Forlenza, O. (2005). Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da academia brasileira de neurologia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(4), 1104-1112.

Engelhardt, E., Tocquer C., André, C., Moreira, D., Okamoto, I., Cavalcanti, J. (2011). Demência vascular- Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dementia Neuropsychology*, 5(1), 49-77.

Falcão, D., & Dias, C. (2006). *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fazendeiro, A. (2012). *Políticas sociais de envelhecimento activo para a cidade da Covilhã*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade - Demografia, família e política em Portugal*. Oeiras: Celta.

Fernandes, A., Fernandes, H., Teixeira, D., Ferreira, H., Marques, I. & Pereira, S. (2010). Estimulação da cognição em idosos residentes num lar de idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*: 81-90.

Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Lisboa.

Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Ed.

- Ferreira, A. (2000). Abordagens sócio-educativas para a pessoa surda. *Terceira Idade: uma questão para a Educação Social*. Porto, Universidade Portucalense.
- Ferreira, C. (2013). *O efeito das perceções da velhice e da institucionalização no envelhecimento activo: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras. Porto.
- Ferreira, J., & Clos, M. (2006). *Serviço Social e Terapia Ocupacional: trabalho interdisciplinar no combate à depressão em uma instituição de longa permanência para idosos*. Disponível: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigos1593.htm>.
- Ferreira, S. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança. Bragança.
- Ferriotti, M. L. (2001). Atuação da Terapia Ocupacional no corpo sujeitado. *O mundo da saúde*, 25(4), 389-393.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente contexto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Tese apresentada a Universidade de Aveiro. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Firmino, H., Pinto, L., Leuschner, A. & Barreto, J. (2006) *Psicogeriatría*. Coimbra: Almedina.
- Fischer, G. (1989). *Psychologie des espaces de travail*. Paris, Armond Colin.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento*. Uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Fonseca, A. & Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Forti, V., & Chacon-mikahil, M. (2005). Qualidade de Vida e Actividade Física na terceira idade. In Gonçalves A., Ailarta, R., *Qualidade de Vida e Actividade Física: explorando teoria e prática* (pp. 227-256). Barueri: Manole.
- Garcia, C. (1995). Demências. In P. M. Reis (Ed.), *Temas Geriátricos I* (pp.142-160). Lisboa: Prismédica.

- Garcia, M. (2011). *Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Gil, A. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas editora.
- Gil, A. & Mendes, A. (2005). *Situação Social dos Doentes de Alzheimer: Um estudo exploratório*. Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.
- Gobbi, S. (1997). Actividade Física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. *Revista Brasileira de Actividade Física e Saúde*, 2(2), 41-49.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Psicologia.pt- O Portal dos Psicólogos*: 1- 18.
- Gonçalves, D. C. (2007). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho. Braga.
- Gonçalves, D. & Oliveira, L. (2011). Sabedoria e Educação: Um estudo com adultos na Universidade Sénior. In L. Alcoforado et al. (Orgs.), *Educação e Formação de Adultos. Políticas, Práticas e Investigação* (pp. 245-254). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Gonçalves, V. (2009). *O conhecimento da doença de alzheimer e do acidente vascular cerebral apresentado por pessoas com mais de 60 anos*. Dissertação de Mestrado: Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Graham, C., Ballard, C., & Sham, P. (1997, September). Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(9), 931-936.
- Grilo, P. (2009). *Doença de Alzheimer*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerra, S. (2012). *Demência e intervenção familiar: visão sistémica e desenvolvimental*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Guerra, I. C. (2000). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção - O planeamento em ciências sociais*. Cascais: Principia.

Guerreiro, M. (2005). Avaliação neuropsicológica das demências degenerativas. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp. 83-109). Lisboa: Lidel
Guerreiro, M. (2005). Terapia não Farmacológica da Demência. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.121-148). Lisboa: Lidel.

Guião Técnico nº 8. Centro Dia. Editado pela ex-DGAS, aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.

Guite, I. Z. (2000). *Velhice - Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Hay, J. (2001). *Doença de Alzheimer e Demência*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas

Hernández, M; Egea, M. & Pérez, E. (2000). *Enfermaria Geriatrica*. Barcelona: Masson.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Apresentação de Resultados – A população: Censos 2011: Resultados provisórios*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística - *Censos 2001*. www.ine.pt/.

Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2002) *Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2009a). *Projecções de população residente em Portugal*. Lisboa: INE.

Ismail, Z. & Shulman, K. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência (J. Cerejeira, Trad.). In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 513-529). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Jacinto, M. (2009). Disponível: <http://saudereabilitacao.blogspot.pt/2009/04/doenca-de-alzheimer.html>

Jacob, L. (2001). *A Velhice*. Dissertação de mestrado. Lisboa: ISCTE.

Jacob, L. (2002). Origem e desenvolvimento das IPSS. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.

Kuhn, (2007). Helping Families Face the Early Stages of Dementia. In B, Cox (ed.), *Dementia and Social Work Practice: Research and Interventions*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Ladislav, R. (1994). *O Envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lampinen, P., Heikkinen, R. L. & Ruoppila, I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight-year follow-up. *Preventive Medicine*, 30 (5), 371-380.

Larson, E., Wang, L., Bowen, J., et al. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med*, 144 (2), 73-81.

Larson, K. (1996). *ROTE: The role of Occupational Therapy with the elderly*. Bethesda: American Occupational Therapy Association.

Lidz, T. (1983). *A pessoa – seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. São Paulo: Editora Artes Médicas.

Lima, J. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? *Revista de Ciências Humanas*, 40, 469-489.

Lima, P. (2010). *Envelhecimento(s). Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lucas, C., Freitas, C. & Monteiro, M. (2013). A doença de alzheimer: características, sintomas e intervenções. *Psicologia.pt- O Portal dos Psicólogos*, 1-15.

Machado, J., Caram, C., Frank, A., Soares, E., Laks, J. (2009). *Estado nutricional na doença de Alzheimer*. Trabalho realizado no Centro de Doenças de Alzheimer e outras desordens mentais na velhice. Rio de Janeiro.

Machado, J. (1991). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Magalhães, E., (2011). O Envelhecimento Activo: Uma perspectiva psicossocial. In Jacob, L., *Ideias para um Envelhecimento Activo* (pp. 11- 39). Almeirim: Rutis.

Maia, R., (2002). *Institucionalização*. In Maia, R. L. (Ed.), *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora.

Manual de Boas Práticas (2005). *Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.

Marques, A., Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2012). Motor and Multisensory Care-Based Approach in Dementia Long-Term Effects of a Pilot Study. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 28(1), 24-34.

Marques, A., Cruz, J., Barbosa, A. L., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2011). Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26(4), 282-289.

Marques, A., Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.

Marques, E. (2013). *Estimulação multissensorial e motora na interação motora da demência*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.

Marques, E. F. (2013). *Impacto da estimulação multissensorial e motora na interação motora das pessoas com demência*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Marques, L., Firmino, H. & Ferreira, L. (2006). Diagnóstico diferencial dos síndromes demenciais. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatria* (pp. 357-375). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.

Martins, I. P. (2006). Funções cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 1-23). Lisboa: Lidel.

Martín, I. (2006). *A arte de envelhecer: Gerontologia profissão do futuro?* Comunicação apresentada no Fórum/Seminário “A Arte de Envelhecer: Retrato Actual e Desafios”. Escola Superior de Saúde de Bragança, 12,13 e 14 de Janeiro de 2006.

Martins, R., (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação Ciência e Tecnologia*.

- Massano, J. (2009). Demências. In Sá, M^a José (coord.), *Neurologia Clínica: compreender as doenças neurológicas* (pp. 375-403). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Meirelles, M. A. E. (2000). *Actividade física na terceira idade*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Mendes, D. (2012). *Factores da Institucionalização da pessoa idosa com Demência. Um estudo de casos no Instituto de Ação Social das Forças Armadas*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa.
- Mendonça, A. & Garcia, C. (2006). Demência. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 185-199). Lisboa: Lidel.
- Mendonça, A. & Couto, F. (2005). Terapêutica farmacológica da Demência. In Castro-Caldas, A. e Mendonça, A. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Mitchell, F. (1996). Carer support groups: the effects of organizations factors on the character of groups. *Health and Social Care in the Community*, 4 (2), 113-121.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa – A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Moreira, P. & Oliveira, C. (2005). Fisiopatologia da doença de Alzheimer e de outras demências. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências Em Portugal* (pp. 41-60). Lisboa: Lidel.
- Mota, W., Moura, R., & Moura, G. (2012). A intervenção terapêutica ocupacional nas atividades de vida de pacientes portadores da doença de Alzheimer. *Scire Salutis, Aquidabã*, 2(2), 56-63.
- Nieman, D. C. (1999). *Exercício e Saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento*. São Paulo: Ed. Manole.
- Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, D., & Neto, V. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), pp. 5-8.
- Nunes, B. (2005). A Demência em Números. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 41-60). Lisboa: Lidel.

- Nunes, B. & Pais, J. (2007). *Doença de Alzheimer. Exercícios de Estimulação* (Vol II). Lisboa: Lidel.
- Nunes, B. (2008). *Memória: funcionamento, perturbações e treino*. Lousã: Lidel, Edições Técnicas.
- Nunes, B., Silva, R., Cruz, V., Roriz, J., Pais, J., & Silva, M. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC neurology*, 10(1), 42.
- Okuma, S. S. (1998). *O Idoso e a Actividade Física - Fundamentos e Pesquisa*. Campinas: Papirus.
- Oliveira, A. (2008). *Estudo de caso de um individuo idoso demenciado*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.
- Oliveira, A. (2007). *Memória, cognição e comportamento*. São Paulo: Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, M., Ribeiro, M., Borges, R., & Luginger, S. (2005). Doença de Alzheimer: Perfil neuropsicológico e tratamento. *Psicologia.pt- O Portal dos Psicólogos*:1-21.
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Growing older – Staying well. Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Switzerland: OMS.
- Osório, A.R. (1997). Animação sociocultural na terceira idade. In Trilla, J. (coord.). *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Paquete, P., & Silva, C. (2011). Estruturas residenciais para idosos em Portugal continental: uma caracterização institucional segundo a abordagem centrada na pessoa com demência. *Conferência Internacional sobre Envelhecimento*, (pp. 59-69). Lisboa.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista de Sociologia da Faculdade do Porto*, nº15.

- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o Fim da Vida - Vida, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.
- Pereira, M. (2011). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Pestana, L., Caldas, C. (2009). Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 4 (62), 583-587.
- Petersen, R. (2004). *Défice cognitivo ligeiro: o envelhecimento e a doença de Alzheimer*. 1.^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phaneuf, M. (2010). *O Envelhecimento Perturbado – A Doença de Alzheimer*. 2.^a Edição. Lisboa, Lusodidacta.
- Pimentel, L. (2001/2005). *O Lugar do Idoso na Família, Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinkney, L. (1997). Uma Comparação entre o ambiente snoezelen e um grupo de relaxamento musica no humor e comportamento de pacientes com demência senil. *British Journal of Occupational Thherapy*, nº6º, pp.209-212.
- Pires, A. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Polit, D. F., Beck, T. C., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Prince, M., & Jackson, J. (2009). *World Alzheimer report 2009*. London: Alzheimer's Disease International.
- Proctor, R., Martin, C., & Hewison, J. (2002). When a little knowledge is a dangerous thing: A study of carers' knowledge about dementia, preferred coping style and psychological distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1133-1139.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rahl, R. (2010). *Physical Activity and Health Guidelines: Recommendations for Various Ages, Fitness Levels and Conditions from 57 Authoritative Sources*. USA: Human Kinetics.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio: Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Reisberg, B., Ferris, S. & Leon, M. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Reis, J. (2012). *Atividade Física: um complemento a considerar no tratamento da depressão*. Dissertação de mestrado. Universidade da Beira interior. Covilhã.
- Ribeiro, D. (2001). Envelhecimento. In Silva, L. F. (Ed.), *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Rodrigues, F. (1999). *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa, Departamento Editorial do Isscoop.
- Rocha, V., Marques, A., Pinto, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2013). People with dementia in long-term care facilities: an exploratory study of their activities and participation. *Disabil Rehabil*. Doi: 10.3109/09638288.2012.742677.
- Rodrigues, M. (2006). *Efeitos de uma intervenção psico-educativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos*. Cadernos de Estudo. Porto: ESE de Paula Frassinetti. 3, 77-84.
- Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e outras demências – Diagnóstico diferencial. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.61- 82). Lisboa: Lidel.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo do Concelho da Lourinhã, Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta Lisboa. Lisboa.

Santos, F. & Encarnação, F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Algarve: Edições CRSS.

Santos, F. (2013). *PORDATA*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Espanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo-419>

Santos, S. (2003). *O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira*. Tese de doutoramento. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas: Faculdade de Educação.

Seeley, R., Stephens, D. & Tate, P. (1997). *Anatomia e Fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Editora Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Serafim, F. (2007). Promoção do bem-estar global na população sénior- práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Algarve.

Shulman, K. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *J. Geriatr. Psychiatry*, 15(6), pp. 548-561.

Simões, C. & Albuquerque, V. (2011). *SOS idoso*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Simões, M. (1994). O médico e o familiar ou cuidador do paciente psicogeriátrico. *Psiquiatria na Prática Médica*, 7 (5), 9-14.

Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. Brasil: São Paulo.

Social, G., & CID- Crianças, Idosos e Deficientes. (2005). *Manual de Boas Práticas- um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.

Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 2002).

- Spector, A., Orrell, M., Davies, S. & Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2, 377-397
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- Tavares, L. (2007). *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.
- Touchon, J. & Portet, F. (2002). *Guia prático da doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi
- Townsend, P. (1962). *The last refuge*. London: Routledge
- Tsai, A. Y., Yang, M., Lan, C. & Chen, C. (2008). Evaluation of effect of cognitive intervention programs for the community-dwelling elderly with subjective memory complaints. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1172-1174.
- Uhlenberg, P. (1997). *Replacing the nursing home*. The public interest.
- Valente, J. (2006). Introdução e evolução histórica do conceito de demência. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp.343-356). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A., Ribeiro, C., Marques-Teixeira, J. & Lourenço, M. (2001). *Temas psiquiátricos*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- Verdussen, R. (1978). *Ergonomia: a racionalização humanizada do trabalho*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos.
- Ward, J. D. (2002). Distúrbio psicossocial em adultos. In M., Neistadt, E. Crepeau, *Terapia ocupacional* (pp.670-693). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Werner, P. (2001). Correlates of family caregivers' knowledge about Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(1), 32-38.
- Werner, P. (2003). Factors influencing intentions to seek a cognitive status examination: A study based on the Health Belief Model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(9), 787-794.

Woodford, H. (2009). *Guia Prático de Geriatria*. Lisboa: Climepsi Editores.

World Health Association (1992). *The ICD-10 clasification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Federation of Occupational Therapy (2004). Disponível em: www.wfot.org

Wortmann, M. (2012). Dementia: a global health priority-highlights from an ADI and World Health Organization report. *Alzheimer's Research & Therapy*, 4(5).

Zeisel, J., Silverstein, N., Hyde, J., Levkoff, S., Powel, M. & Holmes, W. (2003) *The Gerontologist*, 43 (5),697-711.

Zimmerman S., Williams C., Reed P., Boustani, M., Preisser J., Heck, E. & Sloane, P. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45, (I), 96-105.

Zolini, C., Garcia, J., & Paquete, P. (2008). Cuidar de Idosos. *Terapia Ocupacional*. Lisboa: Alzheimer Portugal.

ANEXOS

Anexo I- Pedido de Autorização para realização das entrevistas

De:

Venusa Pereira da Silva

Rua Dom Nuno Álvares Pereira nº 56

2445-463 Pisões- Leiria

Para:

Ex.º Sr.º

Assunto: Solicitação de colaboração na Dissertação

Eu, Venusa Pereira da Silva, aluna do Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior Bissaya Barreto em Coimbra, encontro-me neste momento na fase de elaboração da Dissertação. O meu estudo incide sobre os *Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência*. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

Venho, assim, por este meio solicitar a colaboração de V. Ex.^a, no sentido de me facultar acesso aos Técnicos do Centro de dia para condução das entrevistas. Mais informo, que para a realização destas entrevistas vou necessitar de utilizar o método da gravação, para que posteriormente possa conseguir fazer a análise e confrontação com a literatura existente. Contudo, tenho a referir que a participação, tanto da instituição como dos Técnicos, será anónima e no mais completo respeito dos princípios da confidencialidade.

Deste modo, foi elaborado um Documento de Trabalho (em anexo) em que apresento a minha proposta para o desenvolvimento da Dissertação no Centro de Dia.

_____/_____/_____

(Venusa Pereira da Silva)

MECANISMOS DE INTERVENÇÃO EXISTENTES NAS INSTITUIÇÕES RELATIVAMENTE A PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA

Venusa Pereira da Silva



Instituto Superior Bissaya Barreto

Mestrado em Gerontologia Social

ÍNDICE

Nota introdutória	2
Problema de investigação	3
Objetivos da Pesquisa.....	3
Universo da investigação, requisitos e constituição da amostra.....	4
Dimensões	5
Técnica de recolha e tratamento de dados	7

Nota introdutória

O fenómeno do envelhecimento demográfico que caracteriza os países industrializados, afetando sobretudo a Europa, tem-se tornado um problema social cada vez mais grave. Deste modo, o facto de existirem cada vez mais indivíduos com mais de 65 anos de idade acarreta problemas de índole económica, política e social. Segundo Ribeiro (2001), este fenómeno tem como causas o aumento da esperança média de vida, o declínio da fecundidade e natalidade, e os fenómenos migratórios (saídas do país à procura de melhores condições de vida).

Com efeito, e segundo Costa (1998, p.52), "o problema social dos idosos, é um dos mais graves problemas sociais, e a maior parte das soluções em vigor é insatisfatória e contribui para criar nas pessoas e na opinião pública, a ilusão de que o problema vem sendo resolvido". Desta forma, a crescente proporção de idosos na nossa sociedade leva a maiores custos com a segurança social (com as pensões, reformas) e na construção de infra-estruturas que possam prestar serviços a esta fatia da população portuguesa (Carmo, 2001).

O principal desafio que se impõe hoje às sociedades, em relação a este envelhecimento populacional, consiste em permitir às pessoas não só que morram o mais tarde possível, mas também que tenham uma velhice com qualidade de vida.

Para muitos idosos, a institucionalização num Lar ou noutra resposta de índole social, pode ser vista como uma ameaça na medida em que, e de acordo com Pimentel (2001), a instituição não está preparada para serviços que respeitem a individualidade, personalidade, privacidade e modo de vida do idoso.

Tendo em conta o número cada vez mais elevado de indivíduos afetados com demência (doentes e familiares) e o seu impacto associado, tornar-se imprescindível fazer um diagnóstico precoce na medida em que se consiga fazer uma intervenção mais adequada à realidade. Assim, o intuito fundamental deste estudo é identificar os mecanismos de intervenção utilizados nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência e identificar os respetivos contributos.

Problema de investigação

Quais os mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência e respetivos contributos?

Objetivos da Pesquisa

Objetivo Geral

- Identificar os mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência e respetivos contributos.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra;
 - Compreender de que modo as instituições estão preparadas para receber pessoas com demência e aplicar um programa de estimulação;
 - Discutir a importância de um programa de estimulação em instituição junto de idosos com demência;
 - Discutir os contributos associados á utilização de programas de estimulação juntos de idosos com demência;
 - Compreender estratégias utilizadas na escolha de um programa mais eficaz para um idoso com demência;
 - Identificar as estratégias de ocupação mais utilizadas para promover o bem-estar de uma pessoa com demência;
 - Entender a importância da proximidade dos familiares/amigos num programa de estimulação numa pessoa com demência.
-

Universo da investigação, requisitos e constituição da amostra

A população-alvo ou universo que se pretende estudar é constituída por 4 Instituições a nível nacional.

A amostra deste estudo será composta por 5 Técnicos¹ de cada Instituição, das áreas das Ciências Sociais e Humanas e da área da Saúde.

Para a seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Instituições que desenvolvam atividades/intervenção para idosos com demência de carácter residencial ou não;
- ✓ Instituições que impliquem a permanência dos idosos diariamente na instituição e/ou disponibilidade de serviços diários para idosos;
- ✓ Instituições constituídas à pelo menos 1 ano.

¹ Esta amostra poderá variar consoante as Instituições, ou seja, a amostra poderá ser maior ou menor consoante o número de técnicos e das suas funções desempenhadas numa determinada Instituição.

Dimensões

➤ **Intervenção institucional/organizacional**

Neste ponto pretende-se conhecer e identificar dados de caracterização sociodemográfica dos utentes que frequentam a instituição; auscultar as medidas utilizadas ao nível do pessoal e do espaço físico de forma a receber pessoas idosas com demência (ex.: que medidas são utilizadas, ao nível do pessoal para minimizar e/ou evitar impactos que existem no ato de lidar com pessoas idosas com demência? Estarão preparados para lidar com a complexidade de uma demência?); perceber qual a importância de uma equipa multidisciplinar.

➤ **Intervenção social**

Ao nível social deseja-se sobretudo compreender a prática do assistente social junto dos idosos com demência e dos seus cuidadores informais/ familiares; conhecer o processo de intervenção, estratégias, valores e abordagens teóricas implícitas (ex.: Que tipo de avaliação é realizada ao utente aquando a sua chegada á Instituição?).

➤ **Intervenção ocupacional**

Neste ponto pretende-se auscultar o contributo de atividades de ocupação para a promoção da qualidade de vida do utente (ex.: Que estratégias de ocupação são utilizadas para promover o bem-estar de uma pessoa com demência?); identificar as estratégias/métodos utilizados na diferenciação de programas para as diferentes tipologias de demência;

➤ **Intervenção físico/motor**

Aqui pretende-se que se compreenda qual a importância e o significado de promover/desenvolver a atividade física em pessoas idosas com demência.

➤ **Intervenção cognitivo**

Na dimensão cognitiva pretende-se principalmente identificar os programas de estimulação existentes na instituição; auscultar as possíveis alterações na pessoa após a aplicação de uma intervenção ao nível cognitivo, físico e social (ex.: Que impacto tem um programa de estimulação numa pessoa idosa com demência na sua qualidade de vida?); perceber a importância da articulação realizada entre os profissionais.

PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO EM INSTITUIÇÃO	Intervenção	Indicadores	Possíveis técnicos a entrevistar
	Institucional/ organizativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lógica organizacional; ➤ Preparação institucional; ➤ Objetivos e missão adequados; ➤ Importância da equipa multidisciplinar. 	Diretor Técnico
	Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vínculo familiar; ➤ Papel do Assistente Social; ➤ Intervenção familiar. 	Assistente Social ou Técnico Superior de Serviço Social
	Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividades de Animação sociocultural; ➤ Atividades ocupacionais; 	Animador Sócio cultural ou Terapeuta Ocupacional
	Físico/motor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividade física; ➤ Bem-estar; 	Fisioterapeuta
	Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervenções não-farmacológicas; ➤ Melhoria na qualidade de vida do utente e da família. 	Psicólogo ou Gerontólogo

Técnica de recolha e tratamento de dados

Dado que se trata de uma investigação de carácter qualitativo, considera-se que a entrevista² é a técnica mais vantajosa para recolher a informação pretendida. Segundo Quivy (1998), a entrevista semi-estruturada é método que proporciona processos de comunicação e interação entre o entrevistador e o entrevistado e que permite ao entrevistador colocar questões relativamente abertas, deixando o entrevistado responder livremente.

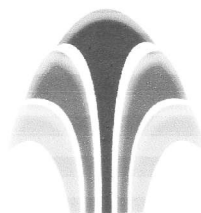
É um método que possibilita explorar uma parte da vida do narrador pois foca-se em acontecimentos vividos e tem como finalidade enriquecer e comparar as observações do investigador, através do olhar, das percepções e das convicções do indivíduo entrevistado.

Deste modo e segundo Polit, Beck & Hungler (2004), a entrevista semi-estruturada deve ser usada “ (...) quando o investigador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos (...) ” (p. 251) e, por este motivo, deve utilizar um guião de entrevista para garantir que todas as áreas das questões são abrangidas. Neste caso, será aplicado um guião de entrevista a cada técnico a entrevistar.

Após a realização da entrevista, proceder-se-á à sua transcrição para suporte digital, a fim de posteriormente fazer uma análise da informação recolhida em confronto com a literatura, isto é, analisar-se-á a entrevista com base no enquadramento teórico da dissertação.

² Em fase de construção.

Anexo II- Consentimento Informado



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Árabelo Nónica Ferreira Pontes aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura

Árabelo Nónica Ferreira Pontes

Data

07/04/2015



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Filipa Alexandra C-silva Ganes aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

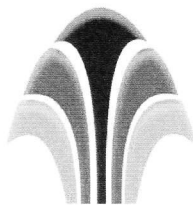
Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura

Filipa Ganes

Data

29 / 4 / 2018



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Alexandra da Graça Cardoso aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

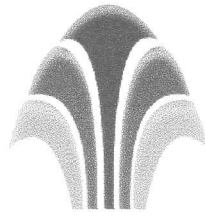
Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura

Alexandra Cardoso

Data

27 / 02 / 2015



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Henrique de Sá Pereira Botelho VA aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

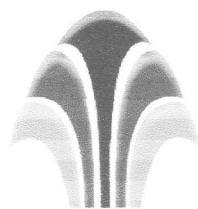
Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura Henrique de Sá Pereira Botelho VA

Data 7 / 4 / 2015



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Ana Barros aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

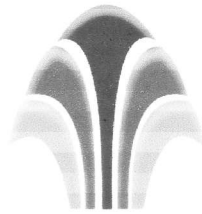
Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura: 

Data: 30 / Abril / 2015



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Teresa Rodrigues aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

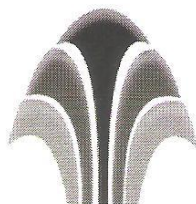
Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura Teresa Rodrigues

Data 7 / 4 / 2015



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Carolina Baptista Veloso de Carmo aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

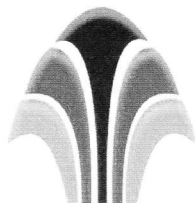
Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura Carolina Baptista Veloso de Carmo

Data 01 / 05 / 2015



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Patricia Filipa Sales Teixeira aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

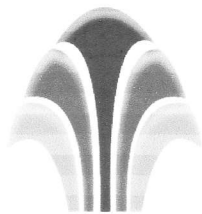
Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura

Patricia Sales Teixeira

Data 27 / 02 / 2015



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Ana Luísa Sobral Manso aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, à identificação dos mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura Ana Luísa Sobral Manso

Data 07 / 04 / 2015

Anexo III- Transcrição das entrevistas

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 27/02/2015

Instituição: Centro de Dia “Memória de Mim”, Matosinhos

A – Elementos de Identificação do representante Institucional

1. Nome do entrevistado: Alexandra da Eira Cardoso
2. Cargo que Ocupa: Psicóloga e Directora Técnica
3. Idade: 33 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciada em Psicologia Clínica
5. Experiência Profissional: 9 anos
6. Formação na área das demências: Formação contínua cedida pela Associação Alzheimer Portugal

B - Elementos de Caracterização da Instituição

1. Área de Abrangência da Instituição (Distrito/Concelho/Freguesia): Concelho de Matosinhos
2. Data de Constituição: 28/07/1988- Alzheimer Portugal
3. Forma Jurídica da Instituição
 - a) Instituição do Terceiro Sector: Instituição Particular de Solidariedade Social
4. Objetivos e Missão da Instituição no que respeita à população idosa (de acordo com estatutos/regulamentação)

Missão: Recolher os últimos ensinamentos sobre a Doença de Alzheimer, divulgá-los, aplicá-los e promover a investigação, de forma a contribuir para um melhor conhecimento das suas causas, efeitos e profilaxia; Pressionar os decisores políticos para que reconheçam a Doença de Alzheimer como uma prioridade a ser incluída nas políticas de saúde e de segurança social a serem implementadas.

Objetivo: Melhorar a qualidade de vida das Pessoas com Demência e dos seus cuidadores, no respeito absoluto pelos Direitos Fundamentais à Liberdade e à Autodeterminação, promovendo a sua autonomia e o seu envolvimento social.

C- Elementos de caracterização dos utentes

1. Valências no domínio da população idosa:

a) Centro de Dia

Idades: entres o 70 e 86 anos

Nº de utentes: 7

Número de utentes com demência: 7

Área de Residência: Matosinhos

Patologias: Demência de Alzheimer, Demência Vascular, Demência Alcoólica

Lista de espera: Não

2ª PARTE – Intervenção ao nível institucional/organizacional

1. Qual a lógica organizacional do espaço e áreas (funcionalidade) para dar resposta à população com demência?

O nosso espaço não é muito grande, tem capacidade para 15 utentes, obviamente que foi adaptado...nós dizemos que isto foi feito de raiz mas tendo em conta a estrutura do prédio. Uma das grandes vantagens são grandes janelas, portanto grande luz natural que nós conseguimos ter num espaço. Tendo em conta as cores, o branco é o que existe em maior quantidade aqui no centro e depois alguns pormenores de cores, cores essas que na nosso entender, e quando foram escolhidas foi nesse sentido, que transmitem também calma mas também tornam o espaço acolhedor. Nós temos duas salas que têm cores distintas e que são mais pequenas, e porque é que foram feitas dessa forma?! Precisamente para trabalhar-mos ou a nível individual ou em pequenos grupos e o trabalho que lá é desenvolvido também é para ajudar depois as pessoas a associar se estão na sala amarela já sabem que há um determinado tipo de actividades que são feitas ali, se estiverem na sala verde assim também associam. Temos também um espaço amplo que pode também ser facilmente dividido e que depois vai sendo adaptado. A

nível de material digamos que físico como as mesas e as cadeiras têm sempre a segurança e o conforto dos utentes, as cores também como já referimos...no fundo também foram escolhidas para facilitar as rotinas deles e as cores vão também de encontro a isso porque a sala está dividida numa parte da alimentação com as cadeiras e mesas de uma determinada cor, castanho, e na parte das actividades do outro lado onde tem os sofás, as mesas e as cadeiras já são brancas. Toda essa diferença nas cores é importante para eles perceberem... o próprio espaço, por exemplo o chão e a parede têm uma barra para dividir, para a pessoa que tem dificuldade na percepção especial, perceber que ali termina o chão e começa a parede...as barras pelo corredor, as barras de apoio...tudo isso foi pensado para pessoas que têm dificuldade na percepção e também na mobilidade...o espaço foi pensado dessa forma.

2. Qual o papel e importância de uma equipa multidisciplinar no seio de uma intervenção?

Penso que faz todo o sentido, tendo em conta as várias profissões que existem, cada um vai intervir na sua área e quem vai beneficiar com isso vai ser o utente. Tomáramos nós termos aqui mais técnicos, não os temos, mas sabemos o quanto isso é importante...seja da parte da psicologia, da terapia ocupacional, da fisioterapia, da terapia da fala, ou outros técnicos. Se os pudermos ter, será uma mais-valia porque realmente quem vai usufruir é a pessoa com demência porque vamos conseguir trabalhar várias áreas.

3. Quais os projectos e acções concretas que a instituição desenvolve no domínio da actuação junto dos idosos com demência?

Temos os grupos a nível de estimulação cognitiva, a nível individual também...e essa estimulação também pode acontecer no domicílio do próprio utente. Temos o Reiki, temos sessões de Reiki gratuitas ao domicílio através de um protocolo que conseguimos. As questões do apoio em psicologia para os cuidadores das consultas e do grupo de suporte. Temos a questão da formação, damos formação aqui e nas instituições se solicitado. Temos um Banco de Ajudas Técnicas em que também cedemos ajudas técnicas aos nossos associados. Temos o aconselhamento jurídico também. Temos o projecto “Kelembra”, que é um projecto direccionado para as crianças, que tem em conta uma publicação mesmo da Alzheimer Portugal, que é o “Pequeno Elefante Memo” e que a intervenção também é tentar passar e explicar às crianças o que é isto

das doenças que afecta a memória e também a relação que deve existir de cuidados, entre os netos e os avós, porque ao fim ao cabo estamos a trabalhar os nossos futuros cuidadores para que não haja discriminação nem colocar para o lado por ter uma doença mas pelo contrário tentar perceber porque é que ele agora está diferente, porque é que diz aquilo, porque é que ele está a comportar-se de maneira diferente e também para tornar a criança num aliado no cuidar.

3.1 Qual é o feedback? É bastante positivo e todos os anos as escolas querem continuar.

Temos também o Programa de Apoio na Incontinência, que tem a ver com...a verba é conseguida através das vendas de natal que a Associação faz e depois reverte para este programa. E depois temos o projecto “Café Memória” que é mais um serviço tanto para a pessoa com demência como para o seu ponto de encontro.

4. Que dinâmicas existem em concreto e de diferenciação para doentes com demência?

Nós na diferenciação se tivermos utentes com outros tipos de demência que não Alzheimer, as actividades...os sintomas acabam por ser um pouco semelhantes, claro que há coisas diferentes, mas as actividades vão mais de encontro às competências que nós queremos trabalhar e também à integração de grupo. Portanto, nós não fazemos uma diferenciação por aquela pessoa, por exemplo, ter demência fronto-temporal ou por ter de etiologia alcoólica, nós tentamos pelo contrário integrá-la sempre nas actividades que são desenvolvidas com os utentes com Alzheimer. A nível de estratégias, claro que poderá ser diferente, nós poderemos ter que graduar mais as actividades, se a pessoa tem uma demência fronto-temporal e tem dificuldade na linguagem, a actividade terá de ser graduada nesse sentido, assim como a comunicação com ela que será por exemplo mais fácil com a pessoa que não tenha dificuldade na linguagem, com Alzheimer...depende muito da pessoa que está, mas nós tentamos não diferenciar muito a intervenção. Claro que a nível individual, se trabalharmos individualmente, será diferente.

5. Que medidas são utilizadas, ao nível do pessoal para minimizar e/ou evitar impactos que existem no ato de lidar com pessoas idosas com demência? Estarão preparados para lidar com a complexidade de uma demência?

Nós temos ajudantes de acção directa e o que acontece é que como nós somos uma entidade acreditada para dar formação no exterior, obviamente que quem vem trabalhar connosco passa por uma formação interna e essa formação fazemos bastante reciclagem, ao fim ao cabo as pessoas estão sempre a ter formação também. Depois à parte disso há as reuniões da equipa que trabalha com estes utentes do Centro de Dia que servem precisamente para trabalhar todas estas questões, onde eles podem colocar as suas dificuldades, exporem situações que aconteceram ou que não entenderam tao bem ou que tiveram dificuldade para que se possa dar essa informação e as estratégias de como lidar para uma próxima, dar orientação também nesse sentido. Portanto através da formação e das reuniões de equipa que servem precisamente para capacitar as pessoas para estarem depois com os utentes.

6. Como perspectiva as políticas de apoio a esta população?

Não existem políticas de apoio, ou seja escassas ou nenhuma. Não é uma doença reconhecida como crónica. A nível de apoios sociais não há nada em específico e o que há é para outras doenças ao nível de ID's ou dependência. Portanto, como ainda não está reconhecida... fala-se de um plano nacional para as demências que anda de gaveta em gaveta ou sempre na mesma e não sai de lá...que é importante haver políticas de apoio é, mas não existem.

7. Que parcerias existem com o Estado e a sociedade civil?

Nós fazemos protocolos com várias instituições, seja de empresas de apoio domiciliário, clínicas de saúde, lares, farmácias e outros que nos procurem...por exemplo empresas de localização, a associação portuguesa de Reiki. Nós tentamos criar estas respostas, estas parcerias para dar mais respostas às pessoas, sobretudo aquelas que nós não conseguimos ir lá ou que necessitam por exemplo de apoio domiciliário que nós não temos e então é uma forma de através dessas empresas elas conseguirem um desconto nos serviços; com a associação portuguesa de reiki é mais um serviço gratuito que conseguimos para os nosso associados e é dessa forma que tentamos criar parcerias. Mesmo com as escolas...nós enquanto delegação norte, supostamente damos apoio a

todo o norte, obviamente que há serviços que só podem de apenas ser dados aqui na zona considerada do grande Porto, mas estes protocolos quando se fazem é para que seja usufruto de todas as pessoas do Norte e por isso nós somos contactados ou tentamos contactar empresas seja de Trás-os-Montes ou do Minho, para que essas pessoas que estão lá possam ter benefícios. Depois, como é impossível nós conseguirmos dar resposta a tudo o que é que se começou a fazer, a Associação por exemplo em Lisboa tem apenas um núcleo que é em Almeirim mas depois a associação decidiu criar os gabinetes de apoio...muitas vezes são pessoas que, por exemplo, de Mirandela, pessoas interessadas lá que queriam que houvesse uma resposta da Alzheimer Portugal naquele local, que nos contactam para perceber de que forma é que isso pode ser feito e então há pessoas que ficam responsáveis e nós apenas temos o papel de supervisionar e dar informação também, mas para que possam dar uma resposta local pelo menos naquele sítio, na localidade e arredores. Porque se calhar, por exemplo uma pessoa de Bragança que poderá deslocar-se a Mirandela e já não tem que vir aqui directamente connosco ao centro e é nesse sentido que a associação tenta alargar, ramificar-se. Por parte do Estado, melhor do que nós as colegas que estão em Lisboa porque depois isto tem muito a ver com a sede, porque obviamente que há parcerias que se fazem desde com a Segurança Social, em Lisboa por exemplo têm o Centro de Dia e o apoio domiciliário e que têm acordo de cooperação com a segurança social, que vamos fazendo candidaturas porque depois lá está a associação tem vários serviços, por exemplo com o INR em que nós apresentamos projectos e que sendo aprovados recebe-se um financiamento...obviamente que depois são vários dependendo lá está do projecto que fica afecto a essa entidade.

8. Quais as principais estratégias adoptadas para superar as dificuldades ao nível:

Com a comunidade é um pouco daquilo que já falamos...o projecto “Kelembra” é um bocadinho reflexo disso, por exemplo nós pensando aqui na Freguesia onde estamos em que pertencemos também à Comissão Social da freguesia, trabalhamos em parcerias com as escolas, com a Junta de Freguesia se for necessário fazer acções de formação prestando esclarecimento sobre a doença. **Com os familiares** temos a formação, os atendimentos, as reuniões sempre que eles necessitam. **As infra-estruturas arquitectónicas e equipamentos** depende da verba que temos para ultrapassar as dificuldades que surgem, tentamos adaptar, poupar, não estragar, passar a mensagem aos outros colaboradores. São os recursos que temos e temos mesmo que poupar...A

nível institucional já é mais acima de nós. Tentar pedir patrocínios, apoios, donativos e através das acções de sensibilização que vamos fazendo ou a participação naquelas feiras da saúde em que vamos também para divulgar um pouco a Associação, o que é que é feito e também vendendo algum material que a associação tem, feito pelos utentes ou por exemplo os livros que a associação tem para venda para reverter algum dinheiro.

A nível nacional há as candidaturas aos projectos que depois será alargada às várias delegações. Temos o projecto do “Passeio da Memória” e outras, que são já a nível nacional que não somos nós que tratamos, nós só tratamos a nível local, o que nos chega cá.

9. Que percepção tem relativamente ao impacto das diferentes estratégias que vão adoptando?

Penso que tem resultado bastante bem.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Caracterização Geral da Instituição

Data: 07/04/2015

Instituição: Centro de Dia Para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus, Porto

A – Elementos de Identificação do representante Institucional

1. Nome do entrevistado: Anabela Mónica Pereira Monteiro
2. Cargo que Ocupa: Directora Técnica e Psicóloga
3. Idade: 38 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciatura em Psicologia
5. Experiência Profissional: 12 anos no Hospital
6. Formação na área das demências: Formação Contínua

B - Elementos de Caracterização da Instituição

1. Área de Abrangência da Instituição (Distrito/Concelho/Freguesia): Concelho do Porto
2. Data de Constituição: 27/10/2010
3. Forma Jurídica da Instituição
 - a) Instituição do Terceiro Sector: Instituição Particular de Solidariedade Social
4. Objetivos e Missão da Instituição no que respeita à população idosa (de acordo com estatutos/regulamentação)

Missão: Abordagem baseada na utilização combinada de terapias farmacológicas e não farmacológicas tais como: estimulação cognitiva, estimulação da autonomia para as atividades da vida diária, terapia ocupacional e estimulação psicomotora ou fisioterapia e atendimento médico.

Objetivos: Preservar as capacidades psíquicas e a autonomia ainda conservadas pelos utentes, promover a manutenção do utente no seu ambiente habitual evitando a institucionalização precoce e/ou definitiva e dar apoio aos familiares.

C- Elementos de caracterização dos utentes

1. Valências no domínio da população idosa:

a) Centro de Dia

Idades: média de 75 anos

Nº de utentes: 30

Número de utentes com demência: 30

Área de Residência: Porto

Patologias: Predomina a doença de Alzheimer e outras demências

Lista de espera: sim, 3/4 mas que vão conseguindo dar resposta

2ª PARTE – Intervenção ao nível institucional/organizacional

1. Qual a lógica organizacional do espaço e áreas (funcionalidade) para dar resposta à população com demência?

Algumas questões que para nós foram importantes aqui na organização deste rés-do-chão, para além das questões mais de acessibilidade e de segurança, as acessibilidades são garantidas tanto do espaço exterior para o interior como daqui, como nas casas de banho...em termos de segurança nós neste momento temos porta fechada pela questão do risco de desorientação e fuga...é dessa forma que assim está. Questões que para nós foram importantes, a existência de bastante luz natural, espaços com muita luminosidade, espaços amplos e espaços bem divididos, de forma a permitir estruturar também o trabalho e estruturar as dinâmicas com os doentes; em termos de sinalética que os espaços tivessem bem definidos e que os utentes saibam onde de alguma forma o que se espera deles em cada sala, em cada espaço, por exemplo esta sala onde os encontramos agora que é designada como sala das actividades, eles já reconhecem que quando vêm para este espaço vêm desenvolver trabalho em grupo, trabalho individual, ligado à estimulação; quando estão na sala de lazer que, já não são esperadas esse tipo de trabalho, são momentos de pausa mais de relaxamento e a mesma coisa com os outros espaços, cozinha, copa...foi um bocadinho dessa forma que foi o espaço que foi o espaço bem dividido de forma a permitir uma melhor orientação dos utentes dentro do espaço. A nível de cores, por exemplo nesta sala aquilo que foi previsto foi o seguinte...a cor do espaço, a cor também obedece ao resto da cor que é usada no

hospital psiquiátrico em pacientes de saúde mental, cores mais claras que permitam apaziguar mas por exemplo esta sala aqui nós combinamos por exemplo só existir informação apenas numa parede para não haver tanto ruído para os utentes de forma a quando eles estão a trabalhar, nós normalmente trabalhamos voltados para ali, não funcionem como distractores do seu trabalho. Algum cuidado nessa arrumação.

2. Qual o papel e importância de uma equipa multidisciplinar no seio de uma intervenção?

O papel é fulcral, eu acho que era muito complicado trabalhar se não for dessa forma e quanto mais envolvidos na equipa mais riquezas poderemos ter nesse tipo de intervenção. Claro que também surgem outras dificuldades, de cada um de nós saber exactamente qual é o seu papel, qual é a sua linguagem e qual é a sua intervenção, quais os objectivos da sua intervenção de modo a não se tocar com os demais colegas, porque o que muitas vezes eu vou dando conta é que em espaços onde existem poucos elementos da equipa técnica as pessoas acabam por fazer um bocadinho de tudo, independente das especificidades da sua intervenção. Aqui nós felizmente como temos as diferentes áreas a intervir, a psiquiatria, a psicologia, o serviço social, a terapia ocupacional, conseguimos tanto em termos da avaliação dos doentes como em termos de intervenção termos planos bem definidos e penso que essa riqueza acrescenta muito ao trabalho que é feito com os doentes.

3. Quais os projectos e acções concretas que a instituição desenvolve no domínio da actuação junto dos idosos com demência?

A nossa pedra de toque por assim dizer é a estimulação cognitiva destes doentes. Todos os doentes trazem já um plano farmacológico instituído que é para dar continuidade e par dessa intervenção farmacológica, nós vamos então juntar a intervenção não farmacológica, com um pendor grande para a parte da estimulação cognitiva, que é feita diariamente em grupo e muitas vezes também até de forma individualizada com alguns dos utentes. Sempre na parte da manhã de forma aos utentes estarem mais despertos e mais frescos. Normalmente essa estimulação cognitiva começa sempre com a questão da terapia de orientação para a realidade em termos biográficos, espaciais e temporais. E depois tentamos em cada dia trabalhar áreas diferentes da cognição e também ter um cuidado de trazer materiais diferentes, desde de materiais mais manipulativos a tarefas

de papel e lápis, a tarefas mais de computador, de forma a trazer alguma criatividade e a não trazer monotonia às tarefas dos utentes. Ter sempre muito cuidado nas intervenções em grupo de adequar...temos pessoas diferentes, uma heterogeneidade no grupo e de tentar adequar as tarefas às pessoas que temos no grupo, nem fazer tarefas demasiado simples nem tarefas demasiado complexas. A par desta importância da estimulação cognitiva, são trabalhadas todas as áreas que não são mais nem menos importantes, são igualmente importantes, quer seja da parte estimulação física, com a fisioterapia, com a expressão motora, quer com a parte com a estimulação sensorial e de toda a parte ocupacional. E aí o que surge é o cinema, a música, o treino das AVD's que é fundamental, surge a estimulação sensorial propriamente dita, a estimulação no diferentes sentidos, surge o trabalho das reminiscências...depois há aqui também algumas áreas novas que temos tentado implementar nomeadamente a terapia assistida com animais que começámos agora recentemente, temos também o trabalho da terapia da fala complementar a este. Pronto e, penso que é um bocadinho daqui que sai a riqueza da intervenção desta multiplicidade.

4. Que dinâmicas existem em concreto e de diferenciação para doentes com demência?

Nós aqui... todos os doentes têm um diagnostico de demência, não há assim seja doentes com demência, seja doentes de Alzheimer seja doentes com outro tipo de demência, o programa é muito semelhante, depois no concreto podem ser estimuladas imagine-se se não está em défice num doente com Corpos de Lewy, a memória, podemos trabalhar outro tipo de áreas. Mas no geral o programa e as áreas a serem trabalhadas são semelhantes.

5. Que medidas são utilizadas, ao nível do pessoal, para minimizar e/ou evitar impactos que existem no ato de lidar com pessoas idosas com demência? Estarão preparados para lidar com a complexidade de uma demência?

A equipa que cá está toda ela, foi uma equipa que vinha da saúde mental, vinha de trabalhar com a psiquiatria e foram escolhidos desde os psicólogos, os terapeutas ocupacionais até às auxiliares, foram todos escolhidos por determinadas características especialmente mais até as auxiliares...às vezes mais até por questões mais relacionais e de capacidade de criar empatia com os utentes, porque é muito mais esperado isso delas

do que até propriamente as questões das higiènes e das comidas e de tudo isso. Por isso há uma equipa que vem da saúde mental, já com vários anos nessa área e depois fez formação específica nesta área e para além disso vamos mantendo sempre um plano de formação interna para todos os técnicos do centro de dia, pelo menos mensalmente há sempre uma acção de formação e para além disso as reuniões de equipa também funcionam como uns espaços para resolução de situações, dificuldades, encontramos estratégias para melhor lidar com determinadas situações, mas é um bocadinho dessa forma. Os instrumentos são a formação e as reuniões de equipa.

6. Como perspectiva as políticas de apoio a esta população?

As políticas são muito poucas. Quem está assim no contacto diário com as pessoas sente muitas dificuldades e muitas vezes também não têm acesso a muita informação...penso que mesmo nos cuidados de saúde primários que são muitas vezes o maior contacto que as pessoas têm, os médicos de família, mesmo as pessoas serem informadas sobre alguns direitos que têm e tudo isso. Muitas vezes as pessoas chegam e não têm complementos por dependência tratados, não têm apoios a terceira pessoa tratados, as questões dos atestados multiusos que têm impacto na parte fiscal, também as pessoas não conhecem...os apoios não são muitos, faltam os espaços como estes, específicos para pessoas com demência e faltam também espaços residenciais...as pessoas queixam-se muito que não há espaços específicos para pessoas com demência. Eu penso que nós temos sinais que as pessoas querem evoluir neste sentido, por exemplo o nosso centro desde sempre que já é apoiado pela segurança social e que veio trazer um grande alívio às famílias e também um grande apoio à instituição, portanto penso que isso são sinais positivos, mas é importante replicar espaços destes noutras áreas do país e aumentar a intervenção tanto ao nível das residências como ao nível do apoio domiciliário específico para estes doentes, é importante que as pessoas saibam a quem se dirigir, que respostas existem e aí por exemplo, penso que a associação Alzheimer Portugal faz um trabalho excepcional de divulgação, desde a página que têm, às dicas que vai dando...penso que temos todos que fazer mais.

7. Que parcerias existem com o Estado e a sociedade civil?

Com o Estado nós neste momento temos comparticipação da Segurança Social, com o Estado neste momento é esse o nosso grande trabalho que é feito; com a Sociedade civil

nós temos com diferentes faculdades e escolas os estágios nas diferentes áreas, depois também com outros institutos e faculdades ao nível da investigação, trabalhos com vão sendo desenvolvidos aqui; temos uma pareceria com a Universidade Fernando Pessoa que nos realizam a terapia da fala semanalmente cá no centro, dirigem-se cá e fazem...penso que estas são as parecerias mais importantes.

8. Quais as principais estratégias adoptadas para superar as dificuldades ao nível:

Nós felizmente em termos de **espaços e equipamentos** vamos tendo tido sempre boa reposta dos nossos superiores, os espaço aqui é novo, todas as necessidades que vamos tendo vão sendo acatadas, em termos de materiais para usar com os utentes, da mesma forma, em termos de materiais de avaliação, em termos de materiais de intervenção, estas coisas estão mais ou menos asseguradas. **Ao nível institucional** as estratégias a adoptar são sempre criar novas actividades, actividades mais dinâmicas de forma a responder às necessidades que vão sendo criadas. **Com os familiares** é sempre mostrarmos sempre uma grande disponibilidade, mostrarmos e ser efectiva, e termos uma multiplicidade de intervenções dirigidas a eles que podem nos ajudar a melhor lidar com as famílias, nomeadamente o apoio individual, os grupos psico-educativos, intervenção familiar...são formas que existem e que podem ajudar a lidar melhor com essas questões. **Com a comunidade** é mostrar sempre uma grande disponibilidade, para quem nos visita, sejam escolas, sejam o público em geral...mostramos o centro, abrimo-nos ao exterior, assim um pouco dessa forma.

9. Que percepção tem relativamente ao impacto das diferentes estratégias que vão adoptando?

Eu penso que o impacto tem sido muito positivo e que tem resultados favoravelmente. Aquilo que nós não devemos é nunca descansar e procurar sempre ter um grande dinamismo e procurar sempre responder melhor ainda às solicitações que nos vão sendo feitas.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Caracterização Geral da Instituição

Data: 29 de Abril de 2015

Instituição: Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia

A – Elementos de Identificação do representante Institucional

1. Nome do entrevistado: Filipa Gomes
2. Cargo que Ocupa: Directora Técnica de serviços sociais de Lisboa e da Alzheimer Portugal
3. Idade: 42 anos
4. Habilitações Literárias: Mestrado em Psicologia Clínica
5. Experiência Profissional: Em psicologia clínica, âmbito hospitalar de saúde mental; diretora técnica
6. Formação na área das demências: sim, formação contínua

B - Elementos de Caracterização da Instituição

1. Área de Abrangência da Instituição (Distrito/Concelho/Freguesia): Nacional
2. Data de Constituição: 2002- Serviços de Lisboa
3. Forma Jurídica da Instituição
 - a) Instituição do Terceiro Sector: Instituição Particular de Solidariedade Social
4. Objetivos e Missão da Instituição no que respeita à população idosa (de acordo com estatutos/regulamentação)

Missão: Recolher os últimos ensinamentos sobre a Doença de Alzheimer, divulgá-los, aplicá-los e promover a investigação, de forma a contribuir para um melhor conhecimento das suas causas, efeitos e profilaxia; Pressionar os decisores políticos para que reconheçam a Doença de Alzheimer como uma prioridade a ser incluída nas políticas de saúde e de segurança social a serem implementadas.

Objetivo: Melhorar a qualidade de vida das Pessoas com Demência e dos seus cuidadores, no respeito absoluto pelos Direitos Fundamentais à Liberdade e à Autodeterminação, promovendo a sua autonomia e o seu envolvimento social.

C- Elementos de caracterização dos utentes

1. Valências no domínio da população idosa:

a) Centro de Dia

Idades: média 77 anos

Nº de utentes: 24

Número de utentes com demência: 24

Área de Residência: Concelho de Lisboa

Patologias: Demências

Lista de espera: Sim

b) Apoio Domiciliário

Idades: média de 82 anos

Nº de utentes: 18

Número de utentes com demência: 18

Área de Residência: Concelho de Lisboa

Patologias: Demências

Lista de espera: Sim

2ª PARTE –Intervenção ao nível institucional/organizacional

1. Qual a lógica organizacional do espaço e áreas (funcionalidade) para dar resposta à população com demência?

- Muita luz natural; o chão baço e de cor branca.
 - Diferenciar espaços consoante o estadio/fase da doença
 - Diferenciar espaços de estar, refeições, intervenção
-

- Respeitar a existência de *setting* terapêutico

2. Qual o papel e importância de uma equipa multidisciplinar no seio de uma intervenção?

É fundamentalmente, pois permite fazer uma intervenção centrada na pessoa, perspectiva holística da pessoa.

3. Quais os projetos e ações concretas que a instituição desenvolve no domínio da atuação junto dos idosos com demência?

Diversos.

Programa informal de visitas ao museu do traje;

Actividade intergeracional semanal com os alunos da escola de vale de Alcântara;

Projecto no âmbito da formação em saúde oral para cuidadores;

Parceria com a escola de cabeleiros para cuidados de imagem dos utentes do centro de dia;

Projecto “Cuidar Melhor”- os gabinetes Cuidar Melhor destinam-se a realizar atendimentos presenciais e a prestar um leque alargado de serviços às pessoas com Demência e a todos aqueles que directa ou indirectamente convivem com elas, familiares, amigos e profissionais que lhes prestam cuidados.

Programa de Apoio à Incontinência (PAI), que apoia os associados mais fragilizados a nível económico na aquisição de materiais para a incontinência.

Projecto Café Memória, que é um local de encontro destinado a pessoas com problemas de memória ou demência, bem como aos respectivos familiares e cuidadores, para partilha de experiências e suporte mútuo, com o acompanhamento de profissionais de saúde ou de acção social.

Projecto “Cuidar dos colaboradores”, que visa apostar na sua formação on-job (com realização de sessões de formação, a partir dos desafios do dia a dia) e saúde (projecto Ginástica Laboral da área da Fisioterapia), procurando contribuir para a sua motivação e sentido de pertença.

Venda de Natal, que visa angariar fundos indispensáveis para a continuidade do PAI.

Sala de Snoezelen, que está destinada a proporcionar aos utentes sessões de estimulação sensorial orientadas por um técnico.

4. Que dinâmicas existem em concreto e de diferenciação para pessoas com demência?

Sim. De acordo com o estadio da doença e após avaliação multidisciplinar.

5. Que medidas são utilizadas, ao nível do pessoal, para minimizar e/ou evitar impactos que existem no ato de lidar com pessoas idosas com demência? Estarão preparados para lidar com a complexidade de uma demência?

Devia ser definido o perfil de competências das ajudantes de acção directa para o recrutamento do pessoal mais eficaz. É fundamental a formação contínua, a realização de reuniões semanais.

6. Como perspectiva as políticas de apoio a esta população?

Incipientes. Existe todo um trabalho a ser feito de sensibilização dos decisores políticos para a urgente necessidade de criação e implementação de um Plano Nacional para as Demências que complete três áreas fundamentais: prestação de cuidados específicos e especializados para as pessoas com demência e seus cuidadores; quadro jurídico definidor dos direitos destas pessoas e investigação.

7. Que parcerias existem com o Estado e a sociedade civil?

Acordo de cooperação com a Segurança Social.

Projectos intergeracionais, com escolas.

Gabinetes de apoio.

Candidaturas a Projectos de financiamento.

8. Quais as principais estratégias adotadas para superar as dificuldades ao nível:

Ao nível institucional- lobby, sensibilização do poder político; pretende-se continuar a lutar junto dos decisores políticos para a urgente criação e implementação de um Plano Nacional para as Demências; alargar e melhorar os serviços prestados, apostando na

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

estabilidade de equipas e no modelo de cuidados, baseado na Filosofia Centrada na Pessoa e no trabalho multidisciplinar; criar vagas a tempo parcial; criar novas parcerias; valorização, através de formação profissional contínua, dos recursos humanos.

Ao nível de infra-estruturas arquitectónicas e equipamentos- serão realizadas algumas obras de adaptação do novo espaço que permitirá também o alargamento das instalações do centro de dia; eventual alargamento do número de utentes para o serviço de apoio domiciliário; continuar e alargar o Centro de Actividades Terapêutico (CAT).

Ao nível dos familiares- continuar com o apoio social e psicológico aos cuidadores; apostar mais ainda na formação, como forma privilegiada de melhorar a qualidade de vida das pessoas através da atribuição de ferramentas para melhor cuidar; conseguir apoios para o aumento do número de Ajudas Técnicas de forma a melhorar e aumentar a capacidades de resposta do Banco de Ajudas Técnicas (BAT).

Ao nível da comunidade em geral- apostar na realização de eventos de interesse para o principal público-alvo, os cuidadores familiares; realizar diversas acções pontuais de informação, sensibilização e divulgação do combate à Doença de Alzheimer junto da população e dos meios de comunicação social; desenvolver novas acções de formação.

9. Que perceção tem relativamente ao impacto das diferentes estratégias que vão adotando?

Tem sido bastante positiva.

Intervenção contínua sob avaliação/ reavaliação.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 07/04/2015

Instituição: Centro de Dia Para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus, Porto

1. Nome do entrevistado: Maria de Fátima Bastos Vaz
2. Cargo que Ocupa: Fisioterapeuta
3. Idade: 45 anos
4. Habilitações Literárias: Curso de Fisioterapia
5. Experiência Profissional: 6 anos
6. Formação na área das demências: Formação Contínua

2ª PARTE – Intervenção ao nível físico/motor

1. Como é que entende o papel do Fisioterapeuta junto dos idosos com demência?

É muito importante porque associado ao défice cognitivo, até pela idade, geralmente há sempre um défice motor muito já presente, uns mais outros menos. Nós aqui temos um grupo heterogéneo, e nem sempre a parte cognitiva está no mesmo estadio na parte motora, às vezes eles estão muito mais deteriorados em termos cognitivos que na parte motora e vice-versa. Dificilmente estão ali muito homogéneos, tanto uma como a outra mas de qualquer forma é muito importante a estimulação ou para prevenção como prevenção mesmo e mantendo sempre uma boa mobilidade, uma força muscular, para tentar retardar ao máximo a evolução da doença; ou mesmo até como já reabilitação, intervir em termos de reabilitação para ajudar a recuperar o que já perderam. Penso que é importantíssimo. Eles aqui gostam muito, é das actividades de que eles gostam mais.

2. Quais são os objetivos da sua intervenção?

É como se fosse um complemento, não individualizo só a técnica em si, a técnica para estimulação física e ganho de força, vou buscar algumas actividades em termos de, conseguindo sempre esses objectivos mas também trabalhando a parte cognitiva, não há ali a parte física só, tento sempre intervir com a parte da música, a interacção em grupo...eles geralmente fazem duas vezes por semana, tá assim estabelecido, que é à segunda-feira e à sexta-feira, das 15.30h às 17h, mas embora seja feito em termos de classe, em grupo há sempre uma avaliação e um tratamento muito personalizado, nem todos fazem o mesmo. Existem uns em que o objectivo é analgesia, até porque em termos de mobilidade ainda estão muito bem e têm outras patologias associadas como o caso de patologia de hérnia discal, muitas lombalgias, outras joelhos, gonalgias, há vários...e depois é mesmo mais o ganho da mobilidade e força muscular, equilíbrio...também têm muitos défices, que eu às vezes noto neste tipo de doentes, que não estava tão habituada mas aqui é muito evidente, é as chamadas apraxias e agnosias, que é embora eles tenham força, mobilidade, eles não conseguem fazer os exercícios porque têm muita dificuldade em reconhecer e perceber o que lhes é pedido, alguns já não conseguem subir escadas...sobem ao primeiro patamar e ficam completamente desorientados, e se eu os avaliar em termos de força muscular eles têm para isso e para muito mais, por isso é que tem de ser um trabalho em simultâneo, tanto parte cognitiva como motora, focar-me sempre mais na parte motora.

3. Qual é o processo de prática com as pessoas com demência?

Quando eles entram é feita uma avaliação, geralmente a equipa técnica faz primeiro a avaliação e eu não, até porque é difícil avaliar. Depois eles geralmente vêm, se for alguma fractura, imagine um pós-operatório isso é diferente porque se não eles vêm, há uma avaliação pelo processo, pela recolha de informação deles, eu consulto, se tiver necessidade peço ajuda à família para me darem mais informações, contacto-os e depois é feita aqui uma avaliação no local, onde avalio se há cirurgias, se não há, em termos de défice de força, se é um doente colaborante, é muito difícil quando eles não colaboram e não deixam fazer uma boa avaliação, é muito difícil avaliar estes doentes e é uma avaliação aqui que é muito contínua, no início é assim mais vale deixá-lo entrar e ver, claro que cada caso é um caso, mas em casos assim com algumas dificuldades de interacção é mais esperar e deixá-los interagir em grupo, ir avaliando, e às vezes o que nos parece um doente muito complicado, com muitos défices, às vezes acabamos por

sentir que não é tanto assim e que passado o tempo consegue até fazer e cumprir um bom plano de tratamento.

4. Quais são no seu entender as especificidades a ter com um idoso com demência?

Se nós sentirmos que se a pessoa não anda porque tem uma dor, há que tratar acima de tudo a dor, que é incapacitar, temos que ir à causa, se acharmos que é por défice de força, temos que fortalecer, claro que eu não me vou deitar mas alguns ainda consigo, mobilizo-os, faço a cinesiterapia, e há a mobilização com fortalecimento e ganho de mobilidade e força; se eles já não conseguem tem que ser o subir e descer escadas só ou andar ou ultrapassar obstáculos, é tudo muito assim em função do que eles nos permitem fazer, não é tanto o que eu quero mas o que ele me deixa fazer. Temos doentes que entraram aqui que nem comiam pela mão deles e andavam de cadeira de rodas e agora estão independentes, mas também tem havia um trabalho muito importante com os familiares e cuidadores. Sempre que há necessidade faço contactos com os familiares para ir falando... eu aqui apanho muitos problemas respiratórios em fases já moderado/grave, já na terceira fase da demência, em que eles já estão dificuldades, já muito parados, muito sedentários e então tenho que fazer a cinesiterapia respiratória, porque há muitas infecções respiratórias, há muito o risco de fractura, onde a mais comum é a fractura do cólon do fémur onde é feita a colocação da prótese mas por incrível que parece consegue-se uma boa recuperação. No início assustei-me porque eu achava como é que iria conseguir mobilizar, porque o risco de fractura é já numa fase já muito desenvolvida da doença e não consigo, eles não conseguem Temos aqui dois planos, estas duas marquesas que verticalizam e eu consigo coloca-los de pé e de forma passiva, eles começam a ganhar a noção do que é estar de pé, o conseguir, sentem-se seguros, dando-lhe muito apoio e então começo por aí e depois é ir buscar a memória do andar e iniciar a marcha automática. Às vezes ficam melhor do que dantes. Tive uma que teve fractura de uma anca, as senhoras geralmente têm os processos de osteoporose muito presentes, e essa senhora rapidamente fez uma segunda fractura mas foi assim espontânea mesmo, não houve queda nem nada, foi mesmo espontânea...eu fiquei logo assustada, a pensar que mal estava a recuperar de uma já teve outra, mas ficou melhor. Às vezes deve ter ali uma artrose que lhe causa dor e desconforto, com a colocação da prótese é aquele pós-operatório não muito doloroso e logo inicial e depois passa e depois começa. Mas é tudo muito mecânico, é ir buscar a memória do que é o andar, subir escadas, o falar na casa de banho de forma a que não tenha que lhe pedir

directamente para andar ou para se colocar de pé, caso contrário não sabe, mas se eu decidir ir buscar a actividade de ir á casa de banho, ele já faz.

Todas as semanas temos reunião de equipa, pois é muito importante falar doente por doente e trabalharmos em equipa, é muito importante. Aqui no centro são mais infecções respiratórias, fracturas, às vezes mais uma ou outra de exposição com o agravamento clinico do doente. Ter sempre em atenção também aqueles estados, alguns têm uma vontade enorme de comer e até têm excesso de peso, mas outros não, perdem o apetite e ficam muito debilitados e não conseguem aqui ter assim boa resposta, porque não têm capacidades...mas também é feito um trabalho com a parte da nutrição.

5. Como se diferencia a sua intervenção junto de um doente com demência por referência a outros utentes sem esta patologia?

Enquanto que, por exemplo noutro tipo de doentes, sem ser doença psiquiatria, consegue-se muito mais e mais rapidamente porque é pedida aquele técnica e o doente corresponde, aqui não. Aqui tem que se imaginar que eu quero este objectivo e o que é que eu vou fazer para conseguir alcançar este objectivo. Às vezes é o passeio, ainda agora há pouco peguei numa senhora e ela está num estado tipo de mutismo, já quase não verbaliza nada, mas ela fechou-se de tal forma que está sempre ali, nem ai nem ui, e uma das coisas que eu descobri nela, que já não andava e passava o dia a dormir num cadeirão, é que gosta de andar...é importantíssimo tirá-los o máximo da cama, dos cadeirões e de preferência das cadeira de rodas, mas entre o cadeirão e a cadeira de rodas é sempre preferível a cadeira de rodas porque é preciso alguns períodos às vezes de repouso, mas o cadeirão é muito contra indicado, pela postura que eles depois assumem, evitar ao máximo que eles estejam muitas horas sentados... Enquanto eles conseguirem andar e fazer marcha é mandá-los fazer pequenos períodos de marcha, andar não muito mas andar muitas vezes. São doentes que já têm muita patologia associada, não só a parte osteoarticular, das artroses, mas às vezes a parte cardíaca, respiratória...que nos impede às vezes de fazer um reforço muito mais acentuado; e nos outros doentes eu consigo, eu oriento e ele faz. É muito difícil trabalhar com os doentes de aqui, mas consegue-se...A primeira estratégia que utilizo é fazer com que o doente goste de mim, confie em mim, dar-lhe carinho, fazer-lhe entender que eu estou aqui para o ajudar e que gosto muito dele, porque isso é meio caminho andado para eu conseguir o que eu quero. E há sempre um ou outro que não gosta porque eles gostam ou porque estão mais deprimidos...Penso que uma das vantagens de os fazerem

colaborar é virem mesmo em grupo, nesse tipo de doentes com esses comportamentos, uma das vantagens é mesmo trazer-los em grupo, depois como vê um e vê outro eles acabam por fazer.

6. Qual a importância de desenvolver exercícios a nível físico/motor de modo a manter um envelhecimento mais saudável nas pessoas com demência?

Primeiro porque o doente mantém-se o mais independente possível e conseguir estar mais activo e fazer uma série de actividades, vai-lhe permitir o retardar da evolução da parte cognitiva porque uma pessoa que não consegue andar já está numa fase em que está numa cadeira de rodas, mais facilmente se detiora em termos cognitivos, é muito evidente isso. Começa a desligar, a ficar apático, sonolento e desinteressa-se por tudo. É muito importante quando eles em termos cognitivos estão mais ou menos e a parte motora está má, eu tento sempre acelerar que é para não deixar que a parte cognitiva depois agrave. Às vezes é o contrário, a parte motora está boa e a parte cognitiva está má, então aí quando o doente vem e fica agitado, irritado, não insisto, suspende-se...eu opto e sugiro muito em equipa que o mais vantajoso nesses casos são os passeios no exterior. Por exemplo nesses casos em que eles estão aqui num ambiente com muitas pessoas, numa sala não muito grande, muito preenchida, o próprio comportamento altera-se, ficam muito irrequietos, com risco de fuga...então se o doente está bem em termos motores, eu prefiro mesmo fazer passeios no exterior, porque senão ficam muito irritados e acabam por não tirar proveito.

7. Que exercícios são utilizados para promover e melhorar a qualidade de vida numa pessoa com demência?

É tudo em termos de fortalecimento muscular, uso muito as pedaleiras porque tem mais vantagem que a bicicleta, a bicicleta só é utilizada em doentes muito bons. A maior parte deles tem muito mais vantagem em utilizar a pedaleira e é muito mais funcional para doentes com demência porque sentam-se numa cadeira e a cadeira dá estabilidade, não tem que subir para uma bicicleta muito alta; uso as pedaleiras para dar força nos membros inferiores; temos ali as roldanas para ganho de mobilidade dos ombros, que eles tendem a perder; o fortalecimento com o alter; os bastões para elevar; fazem-se muitos jogos para coordenação com bolas; os arcos; ali temos as escadas de membros superiores e correcção de corpo na parede; temos a roda também para ganhar

mobilidade e força; temos as barras; temos as escadas; depois temos toda a parte da electroterapia que ajuda imenso quando há dor, ou até contracturas, ou até quando há uma hipertonia, nota-se que aqueles mais presos nós antecedemos a parte do fortalecimento muscular com o calor.

8. Existe diferenciação dos programas nas diferentes patologias?

Em termos de avaliação, embora eles estejam no geral às segundas e sextas juntos, é feita sempre uma avaliação progressiva individualmente porque é difícil, uns porque precisam mais de fortalecimento nos membros inferiores, outros nos membros superiores, depende de se têm artroses nos joelhos, se têm débito de mobilidade ou força nos membros superiores. Dependente muito das patologias, se o doente é cardíaco não pode fazer grande esforço e anda bem, se tem dores lombares, eu faço o tratamento só para as lombalgias. Depende muito da patologia. Há doentes aqui que só vêm mesmo para tratar lombalgias, há outros que não, vêm mesmo para ganhar ao máximo de reabilitação funcional.

9. Quais os constrangimentos que decorrem da sua intervenção com as pessoas com demência?

Em termos de material não tenho muito, tenho material que preciso; debato-me um pouco com a falta de ajuda de técnicos ou auxiliares que convêm que sejam sempre os mesmos que é para começarem a conhecer e os próprios doentes estarem à vontade com eles, vou dando as orientações para eles também ajudarem porque o tempo é pouco, porque eu sou sozinha para o hospital todo; a equipa também colabora comigo...não tenho assim grandes restrições, o que eu me apercebo é que por exemplo, há muito risco de fuga e então temos que fechar as portas. A maior dificuldade que eu tenho mesmo na minha intervenção é conseguir com que alguns colaborem.

Claro que em alguns casos, como vários que tinham um emagrecimento muito acentuado, uma delas até deixou de vir...essa parte clínica tem que estar mesmo estabilizada para eu depois intervir, se não estiver eu tenho que pedir, porque não posso, porque há determinadas limitações que só me deixam ir até certo ponto. Por isso é que tem de haver uma avaliação permanente.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 30 Abril de 2015

Instituição: Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia

1. Nome do entrevistado: Ana Barros
2. Cargo que Ocupa: Neuropsicóloga Clínica
3. Idade: 31 anos
4. Habilitações Literárias: Mestrado
5. Experiência Profissional:
6. Formação na área das demências:

2ª PARTE – Intervenção ao nível cognitivo

1. Como é que entende o papel do Psicólogo junto dos idosos com demência?

O papel do psicólogo numa instituição onde existem pessoas com demência deve passar por:

- Fazer Avaliação/Diagnóstico (o técnico deve estar familiarizado com as principais demências degenerativas; saber os sinais e sintomas mais frequentes das demências e estar alerta para a sua manifestação; dominar algumas provas para determinar a existência de défices cognitivos; e conhecer os procedimentos necessários para uma investigação diagnóstica completa).

- Psicoeducação (em todas as instituições existe a necessidade de psicoeducação, pois é importante que dirigentes, técnicos e auxiliares saibam compreender e lidar com pessoas com demência e conhecer as características das síndromes demenciais). Neste âmbito de actuação, o psicólogo deve esclarecer sobre a experiência da pessoa com demência (necessidades, sentimentos, forma como comunicar), ensinar a interpretar os comportamentos da pessoa (sinais de bem- estar e mal-estar) e educar sobre a melhor forma de lidar e comunicar com a pessoa com demência.

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

- Apoio Psicológico e Aconselhamento Cuidadores

É outra função do psicólogo, a de identificar e intervir nas áreas de *stress* e sobrecarga; Facilitar a expressão de respostas emocionais; Desenvolver e fortalecer as estratégias de *coping*; Fornecer informação sobre as características da doença e as suas consequências futuras (evolução); Ensinar a interpretar os comportamentos da pessoa; e favorecer a resolução de problemas práticos.

- Intervenção Cognitiva

Desenvolver estratégias de *coping* para lidar com o processo demencial e com as mudanças que este acarreta – integrá-las no seu sentido de identidade;

Intervir nos sentimentos que advêm da percepção de incapacidade – angústia, frustração, depressão;

Determinar a modalidade das intervenções, de acordo com as características de cada utente: intervenção individual ou de grupo.

2. Quais são os objetivos da sua intervenção?

Os objectivos da intervenção passam por:

- Retardar, durante o maior período de tempo, o processo de deterioração das funções nervosas complexas;
- Obter a optimização possível do funcionamento cognitivo-operativo e da esfera comportamental;
- Evitar a desconexão com o meio e fortalecer as relações sociais;

Maximizar, na medida do possível, o funcionamento da pessoa nas AVD's e, consequentemente, os seus níveis de bem-estar.

3. Qual é o processo de prática com as pessoas com demência? E com os cuidadores?

Qualquer processo de intervenção carece de uma avaliação inicial. Assim, numa primeira fase é feita uma avaliação das funções cognitivas nervosas, mudanças comportamentais e emocionais, com o objectivo de detectar as redes funcionais afectadas e as intactas, subjacentes ao processo patológico, para posteriormente se

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

proceder à inserção em programas de estimulação cognitiva. Esta avaliação é feita de acordo com os seguintes procedimentos: Entrevista Clínica ao Cuidador, Aplicação de *screenings* neuro psicológicos e Elaboração de relatórios.

A família ou cuidadores representam o suporte afectivo, funcional e estrutural para o doente, correspondendo a um sistema que interage entre si e com o meio envolvente, assim, qualquer mudança num dos elementos provoca uma alteração nesse mesmo sistema.

Seguidamente e adoptando uma postura interdisciplinar, cada caso é levado e debatido em reunião de equipa composta por psicólogo, neuropsicólogo, fisioterapeuta, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social, onde é estabelecida uma ordem de prioridades de intervenção, tendo em conta, que as funções preservadas assumem a base para o processo de reabilitação dos défices e tendo em conta as variáveis emocionais e o contexto familiar.

Após o programa de intervenção são estabelecidas reavaliações ao longo do processo de intervenção.

4. Quais são no seu entender as especificidades a ter com uma pessoa com demência?

Como profissionais necessitamos rever os nossos modelos de atenção na demência, partindo sempre da dignidade da pessoa. É muito importante tentar empatizar com a pessoa afectada, ter em conta as suas necessidades, sentimentos, desenvolver a sua individualidade e autonomia. A nossa prática na associação Alzheimer Portugal segue os princípios do Modelo Centrado na Pessoa, onde o foco incide na importância de manter a identidade, pois muitas alterações comportamentais são a resposta de mal-estar que os indivíduos sentem por falta de compreensão das suas necessidades individuais.

Não tratamos diagnósticos, tratamos pessoas!

5. Como se diferencia a sua intervenção junto de um idoso com demência por referência a outros utentes sem esta patologia?

Ao contrário do que acontece em muitas instituições onde o planeamento das actividades apenas tem um carácter lúdico, o objectivo da nossa intervenção é clínico e o planeamento das actividades para ser efectivo, terapêutico e pessoalmente

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

significativo, deve ser encarada enquanto uma intervenção conjunta - doentes, familiares e profissionais, com objectivo melhorar o funcionamento de vida diária e não ambicionar uma recuperação aos níveis anteriores da doença.

Deste modo, qualquer programa de intervenção estruturado para idosos com demência segue os seguintes princípios:

- Abordagem interdisciplinar (avaliação e intervenção conjunta, por técnicos de diferentes áreas);
- Abordagem Centrada na Pessoa (direccionada para cada caso, fugindo à generalização das actividades e tendo em conta a valorização da sua história de vida; o planeamento das actividades é feito segundo o seu ponto de vista e não o nosso; os cuidados prestados são adequados à pessoa que é detentora de liberdade de escolha, assim como, permitir que ela permaneça um ser social. Porque cada caso é diferente de todos os outros).
- Abordagem holística (a intervenção não dá apenas ênfase aos processos cognitivos, mas têm em conta o papel dos elementos sociais, afectivos e motivacionais de cada utente. Assim como as terapias cognitivas não devem estar separadas de outras intervenções (físicas, psicológicas, ocupacionais, etc.).

Abordagem transclínica (É inegável a importância da família/cuidadores e a inserção na comunidade, no contexto de intervenção. Estes dois elementos devem fazer parte do planeamento de qualquer intervenção para idosos com demência).

6. Que programas podem ser realizados na pessoa com demência?

São vários os programas que podem ser realizados na pessoa com demência, desde:

Utilização de técnicas de estimulação “de Papel e Lápis” ou Computorizadas;

Reabilitação Informal

- Ouvir rádio, ver televisão, ler jornais;
- Usar agendas, blocos de notas e consultar calendários;
- Promoção à colaboração em tarefas domésticas, realização de exercícios;
- Participação em actividades sociais e “discussões”, etc.;

Reabilitação Formal (estruturada)

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

- Programas de neuropsico-estimulação: Rehacom, Cogweb;
- Treino cognitivo e actividades instrumentais de vida diária;
- Oficinas protegidas (Grupos de Memória)

Para que a intervenção seja o mais eficaz possível, os exercícios devem ser completados fazendo recurso a estratégias orientadas para a vida quotidiana, isto é, transposição das capacidades, competências e estratégias adquiridas para o plano do quotidiano.

Contudo, um programa de reabilitação neuropsicológica, na pessoa com demência, deve seguir alguns aspectos básicos, nomeadamente: Aumentar o grau de dificuldade das tarefas de forma progressiva; Ajustar o nível de dificuldade à pessoa; Proporcionar feedback e recompensas; Generalizar a aprendizagem a outras tarefas; Usar na medida do possível material real e quotidiano; Utilizar material motivante; Consolidar a aprendizagem; Terminar com uma tarefa que o sujeito realize com êxito.

7. Que impacto tem um programa de estimulação numa pessoa idosa com demência na sua qualidade de vida?

As pessoas com demência enfrentam uma doença degenerativa que implica a perda de capacidades cognitivas, físicas e funcionais, enfrentando alterações importantes nas suas vidas. Por isso, necessitam de apoio e empatia, espaços para expressar as suas emoções e sentirem-se compreendidos.

O impacto dos programas de estimulação em idosos com demência tem um efeito muito positivo na sua qualidade de vida dos mesmos, na medida que permitem:

- Estimular as capacidades cognitivas;
 - Possibilita a comunicação (auto-expressão);
 - Reduz sintomas psicológicos - estados de depressão, ansiedade, apatia (ao poderem expressar sentimentos de tristeza e perdas);
 - Aumenta a auto-estima (valorização experiências de vida, aceitação de si mesmo);
 - Ajuda o paciente a retomar o sentido de identidade individual e social e, consequentemente relacionar-se com o outro;
 - Fornece apoio social - o formato em grupo proporciona a interacção dos participantes, actuando este como grupo de suporte e auto-ajuda;
-

- Propiciam-se momentos de relaxamento e descontração (diminuição dos níveis de ansiedade).

8. Que mudanças ocorrem numa pessoa idosa com demência após uma intervenção a nível cognitivo, físico e social?

Após uma intervenção a nível cognitivo, físico e social, podem ser observadas mudanças a nível do rendimento cognitivo; uma adaptação de mecanismos adaptativos face às mudanças; melhoria da sintomatologia psicológica (estados de depressão, ansiedade, agitação, apatia); melhorias nas condutas sociais e pessoais (aumento da capacidade de comunicação e socialização); promovem-se hábitos e rotinas; aumento da autonomia (sentido de controlo, adaptação do meio); e diminuição da desconexão com o meio envolvente (pessoal, familiar e social).

9. Que articulação é realizada entre os profissionais na escolha do programa mais eficaz para a pessoa com demência?

Antes de qualquer utente entrar num programa de intervenção, é feita numa fase inicial uma avaliação individual de cada área que constitui a equipa multidisciplinar (psiquiatria, neuropsicologia, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, assistente social). Após a avaliação individual de cada área, o caso é analisado e discutido em reunião de equipa e posteriormente elaborado conjuntamente o Plano de Intervenção Individual do utente.

Cada pessoa tem as suas limitações e não podemos pedir mais do que realmente ela pode oferecer, por isso o programa de intervenção visa estabelecer:

- Objectivos significativos e funcionalmente relevantes (que aumentem o senso de identidade e o bem-estar);
 - A formatação das actividades é de acordo com as capacidades cognitivas e funcionais da pessoa (cada fase da doença requer uma forma de intervenção e estimulação diferente);
 - Os temas estão relacionados com o contexto sociocultural e interesse da pessoa em particular (não se forçam tarefas que não tenham interesse para a pessoa);
-

- Sem nunca esquecer e tendo sempre em conta os aspectos do indivíduo (humor, bem-estar físico, alterações na rotina).

10. Quais os constrangimentos que decorrem da sua intervenção com as pessoas com demência? E com os cuidadores?

Alguns dos constrangimentos que podem surgir durante a nossa intervenção, nomeadamente na interacção com o idoso com demência, passam por:

- Dificuldade em estabelecer comunicação (quando o utente apresenta alterações marcadas ao nível da linguagem);
 - Gerir comportamentos problemáticos (contornar situações de agressividade, desorientação, etc.);
 - Impacto emocional e físico na prestação do cuidado (contornar dias de maior cansaço e menos paciência, ter ideias e criatividade para criar actividades apelativas, significativas e motivacionais; conseguir dar a volta e ultrapassar determinadas situações pontuais que possam ocorrer);
 - Por vezes a falta de recursos humanos (auxiliares);
 - Actualmente não se conseguir dar a resposta e apoio necessário aos familiares directos (apoio psicológico).
-

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 07/04/2015

Instituição: Centro de Dia Para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus, Porto

1. Nome do entrevistado: Anabela Mónica Pereira Monteiro
2. Cargo que Ocupa: Diretora Técnica e Psicóloga
3. Idade: 38 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciatura em Psicologia
5. Experiência Profissional: 12 anos no Hospital
6. Formação na área das demências: Formação Contínua

2ª PARTE – Intervenção ao nível cognitivo

1. Como é que entende o papel do Psicólogo junto dos idosos com demência?

O papel do psicólogo num centro de dia destes é fundamental e a necessidade de um psicólogo é muito importante. As tarefas que nos estão directamente destinadas são as tarefas de avaliação dos utentes, avaliação neuropsicológica dos utentes e de intervenção diárias com os utentes, seja individualmente seja em grupo. Para além disto o trabalho também de intervenção junto dos familiares, ou seja há um trabalho em que há uma grande continuidade no trabalho. Depois tratar a pessoa seja ela com demência ou sem demência tratar aquela pessoa como uma pessoa única, com especificidades, nunca esquecer disto...a pessoa não é mais um, não é mais um com demência que está esquecida, é mais uma pessoa que tem especificidades, nós temos muitas pessoas que estão connosco que estão em fases iniciais e que às vezes muito para além deste trabalho cognitivo também é preciso fazer um trabalho psicoterapêutico, de ajudar a lidar com as mudanças que vão acontecendo na sua vida, com quadros depressivos, com quadros ansiosos que vão surgindo...é um trabalho bastante importante.

2. Quais são os objetivos da sua intervenção?

Proporcionar um maior bem-estar, a melhor qualidade de vida às pessoas, também lhes trazer alguma esperança de que é possível fazer mais, é possível fazer algo, muitas vezes as pessoas chegam aqui muito desesperançadas, tanto os próprios como os familiares, “pronto doutora é da doença, não há mais nada a fazer”, eu penso sempre que é possível fazer mais, mesmo até em fases mais graves é preciso proporcionar, adequar os espaços às pessoas, trazer actividades de conforto aquela pessoa...aos familiares também, dentro daquilo que vamos vivendo é sempre possível fazermos alguma coisa.

3. Qual é o processo de prática com as pessoas com demência? E com os cuidadores?

São actividades diárias, grupais ou individuais de estimulação cognitiva, de avaliação neuropsicológica que depois nos permite definir os planos de intervenção, algum apoio psicoterapêutico individual e com as famílias tanto o apoio psicoterapêutico individual como alguma intervenção mais familiar e também a nossa participação juntamente com as outras áreas disciplinares nos grupos psico-educativos de forma a poder trazer a essas famílias melhores formas de lidar com as situações com que se vão deparando.

4. Quais são no seu entender as especificidades a ter com uma pessoa com demência?

Eu penso que é uma grande afectividade, um estabelecimento de uma relação próxima, de uma relação de confiança, afectiva, com disponibilidade, com paciência, as pessoas vão repetir as mesmas coisas, as pessoas vão colocar as mesmas questões...e é preciso que as pessoas sintam do outro lado que há disponibilidade para as ouvir, que há disponibilidade para estarem com elas...penso que é isso, penso que a palavra é disponibilidade e afectividade. Penso que é por aqui a especificidade desta intervenção.

5. Como se diferencia a sua intervenção junto de uma pessoa com demência por referência a outros utentes sem esta patologia?

Os princípios básicos da minha intervenção são sempre os mesmos, que são este enfoque, este ênfase no estabelecer de uma relação com uma pessoa, uma relação

próxima, de confiança, de segurança...isto se calhar é base de qualquer relação humana e de qualquer relação terapêutica e penso que estes princípios estão em todos, se calhar não são assim tão diferentes na intervenção.

6. Que programas podem ser realizados com a pessoa com demência?

Há uma multiplicidade de coisas que nós podemos trabalhar atendendo a que são várias as áreas cognitivas que estão em défice...e que nós devemos ter muita criatividade, alternância de materiais, alternância de tarefas, e uma grande adequação das tarefas à pessoa que temos pela frente de modo a não a frustrar ou também a não infantilizar ou tornar a tarefa demasiado simples, penso que são estas as questões que não devemos ter, ir de encontro aos gostos pessoais daquela pessoa, ir de encontro às suas vivenciais, ao que gostava de fazer e dentro disso tentar estimular ao máximo.

7. Que impacto tem um programa de estimulação numa pessoa idosa com demência na sua qualidade de vida?

Eu penso que tem um impacto muito grande. A vinda para o centro tem...o primeiro o grande impacto começa por ser na família, a pessoa normalmente chega, a família apresentando um grande desgaste ou grande cansaço e este vir da pessoa para o centro de dia proporciona logo algum alívio de imediato ao cuidador que depois vai ter outra disponibilidade e outra capacidade para lidar com a pessoa ao final do dia ou ao fim de semana e não aquele 24 sobre 24 horas...penso que esse é o principal impacto, o impacto mais imediato e que depois acaba por ter impacto no próprio doente porque a pessoa que cuida dele depois também vai estar com outra disponibilidade para o acolher, para o receber. Nos doentes com demência aquilo que eu sinto é que muitas vezes estavam completamente isolados, muito confinados ao seu lar e muito confinados ao seu cuidador na maioria das vezes o cônjuge, e este vir quebra o isolamento da própria pessoa, daquela família, proporciona-lhe o acesso a uma série de actividades sejam aqui no centro sejam também de actividades no exterior, visitar museus, visitar parques...que também os orientam para o que se vai passando na cidade, para o que se vai passando na época, estamos na Páscoa, amanhã vamos ter uma festa de páscoa...tudo isso é importante para eles perceberem o que se vai passando em torno deles...mas penso que esta quebra do isolamento e perceber que também há outras pessoas a vivenciar a mesma questão, penso que é muito importante e que há coisas que

eles conseguem fazer, que há coisas que eles podem fazer....penso que isso é extremamente importante.

8. Que mudanças ocorrem numa pessoa idosa com demência após uma intervenção a nível cognitivo, físico e social?

Para além do que disse anteriormente, percebo que também toca à maior mobilidade, maior manutenção de alguma autonomia; se a pessoa ainda consegue comer de faca e garfo que isso se mantenha o mais tempo possível; se a pessoa consegue ir sozinha à casa de banho que isso se mantenha o mais tempo possível, mas se a pessoa já não consegue comer de faca e garfo mas consegue comer de colher e fá-lo sozinha mesmo que se suje, providenciar que isso continue; que não esteja todo o dia confinado a uma cadeira a olhar para uma televisão; que tenha acesso e seja estimulada...eu penso que essas são as mudanças mais importantes.

9. Que articulação é realizada entre os profissionais na escolha do programa mais eficaz para a pessoa com demência?

Normalmente nós avaliamos aquele doente e depois estabelecemos um plano individual de tratamento para aquele doente, dizendo quais as áreas que devem ser trabalhadas, o que é que é prioritário naquele doente e depois trabalhamos nas diferentes áreas para aquele mesmo objectivo. Imagine que sentimos que é a memória, então tanto a psicologia como a terapia ocupacional como até mesmo a fisioterapia nos seus planos mais físicos, vão tentar dar um enfoque naquela área da cognição que deve ser desenvolvida. O plano é estabelecido sempre em conjunto.

10. Quais os constrangimentos que decorrem da sua intervenção com os doentes com demência? E com os cuidadores?

Eu penso que a maior dificuldade é a heterogeneidade de doentes, ou seja nós termos um grupo grande em fases diferentes da demência e é o que temos e temos que lhe dar resposta porque apesar desta intervenção estar mais prevista para fases ligeiras a moderadas, estes doentes vão agravando e não existem outras respostas na comunidade, ou seja nós também sentimos que devemos adequar a nossa intervenção a eles, e então muitas vezes subdividimos o grupo nas diferentes fases e replicamos as intervenções de

forma a adequá-las. Outro constrangimento que nós sentimos é a necessidade de existência de um espaço de continuidade, por exemplo, um espaço de residência, em que as pessoas quando sentissem que já não são capazes no seu domicílio de tratar destes doentes, poderem ter um espaço institucional que pode-se dar continuidade a este trabalho. E é esse o plano que existe, mesmo da instituição, para fazermos naquele rés-do-chão e que estar é para breve...já estamos mesmo a trabalho com os arquitectos no terreno...isso é outro constrangimento, muitas vezes as pessoas dizem “quando aí já não puder ir?”, “para onde é que pode ir?”, “preciso falar consigo, que outros sítios é que existem”? e nós ficamos sem saber que respostas dar, são muito poucas. Com os cuidadores, nós temos famílias impecáveis, famílias de uma grande colaboração e de uma grande disponibilidade e que nós sentimos muitas que se nós dissermos que sim, que eles confiam e acatam e estão presentes em muitas formações...há um grande investimento das pessoas, pessoas com laços relacionais muito grandes com os utentes, nas diferentes gerações, claro que há situações que escapam a isto mas aqui no geral serão mesmo as excepções...temos muitos netos que visitam, muitos netos que participam, muitos filhos e a figura dos cônjuges que é uma figura mais relevante...felizmente é uma realidade, estas pessoas também estão ainda nas suas casas e as pessoas fazem tudo para evitar que essa institucionalização ocorra. Nós vamos estabelecer uma colaboração...a Santa Casa para além deste centro tem lares, e nós já começámos essa formação aos auxiliares nos lares e a outros profissionais que queiram participar, começámos num e agora vamos tentar que a mesma se estenda aos demais lares. Há muito trabalho a fazer.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 27/02/2015

Instituição: Centro de Dia “Memória de Mim”, Matosinhos

Esta intervenção é realizada pelas duas técnicas que compõem a equipa. Ambas recebem e integram o idoso.

1. Nome do entrevistado: Alexandra da Eira Cardoso
2. Cargo que Ocupa: Psicóloga e Directora Técnica
3. Idade: 33 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciada em Psicologia Clínica
5. Experiência Profissional: 9 anos
6. Formação na área das demências: Formação contínua cedida pela Associação Alzheimer Portugal

7. Nome do entrevistado: Patrícia Filipa Moutinho
8. Cargo que Ocupa: Terapeuta Ocupacional
9. Idade: 27 anos
10. Habilitações Literárias: Licenciatura em Terapia Ocupacional
11. Experiência Profissional: 6 anos
12. Formação na área das demências: Musicoterapia, Snoezelen, Formação Contínua.

2ª PARTE – Intervenção ao nível social

1. Quais os cuidados da instituição ao receber um utente? Que tipo de avaliação é realizada ao utente aquando a sua chegada à Instituição?

Nós inicialmente e normalmente fazemos o atendimento à família, explicamos os serviços que temos, se a pessoa estiver interessada no serviço centro de dia, neste caso

nos grupos, é feita e marcada uma primeira avaliação, eu sou a terapeuta ocupacional, vou ficar com o utente, fazer alguns testes, fazer uma entrevista; a minha colega psicóloga, vai ficar com a família, faz também uma entrevista, tenta conhecer a história de vida da pessoa, recolhe o máximo de dados possíveis a nível clínico, e também pedimos sempre que a pessoa traga sempre um relatório médico que comprove a doença que tem, neste caso a demência, a medicação que está a tomar, digamos tudo aquilo que é necessário. Depois de feita essa avaliação, nós portanto cruzamos os dados e vemos se a pessoa terá capacidade, competências, mesmo a nível de personalidade para se integrar num grupo que temos e pronto basicamente se isso acontecer é feito depois uma integração da pessoa. A pessoa ao ser aceite, nós depois elaboramos um plano de intervenção dessa pessoa, para o utente tendo em conta a avaliação que foi feita e depois posteriormente voltamos avaliar novamente a pessoa e aí temos de fazer uma avaliação mais exaustiva porque depois aí já temos outro tempo.

2. Como é feita a integração do utente?

Com a família, no dia da avaliação a família tem oportunidade de ver as instalações e o próprio utente também, mas lá está há muitos utentes que não têm consciência que depois vêm para aqui, nós mostramos os espaços, não de forma de visita guiada mas se a pessoa tiver curiosidade deixamos explorar, depois a integração nós fazemos o chamado mês de acolhimento, em que a pessoa inicialmente poderá vir dia sim, dia não ou mesmo todos os dias, mas depende digamos que é um mês em que a pessoa vai tentar adaptar-se ao espaço e claro que nós nos primeiros dias tentamos integrar a pessoa o melhor possível no grupo que já temos.

3. A instituição comunica regularmente com a família do idoso? Qual o relacionamento da instituição com a família? Existe interacção?

Para já deixamos sempre à vontade da família entrar em contacto connosco principalmente nos primeiros dias em que há uma grande ansiedade em perceber em como é que está a correr, se ele está bem, nós percebermos como é que é em casa e depois lá está, muitas vezes há contactos por mail's e também a informação que nós vamos mandando para casa, pelos colegas da carrinha, imaginamos que funciona quase como correio, enviamos alguns questionários para irmos actualizando muitas vezes o processo, desde quais as consultas que estão marcadas, para quando, a nível de

medicação, sempre que há alteração nós também pedimos para sermos avisados e então de uma forma corrente nós vamos enviando esses questionários para manter sempre o processo actualizado. E sempre que vemos que é necessário também marcamos atendimentos com a família, dependendo se houve alguma situação, se achamos que deve haver uma reunião no sentido de dar alguma explicação do que está acontecer agora, se houve alguma alteração de comportamento tentarmos perceber o que é que despoletou para podermos também dar informação à família de como lidar em casa.

4. Como é estimulado o vínculo entre o idoso e os familiares próximos? Que estratégias são utilizadas?

Nós centro de dia não nos compete, já existe uma ligação entre os dois...a ligação existe entre os familiares...A associação tem diversos serviços, um deles é o centro de dia, depois temos a formação, temos o serviço de psicologia, onde há as consultas de psicologia individuais ou **de grupo de suporte**, como o próprio nome indica o apoio é dado em grupo. A formação serve precisamente para dar e fornecer estratégias aos familiares para compreenderem melhor o que é a doença para depois também saberem lidar com o avanço da doença em si, portanto as pessoas podem se inscrever na nossa formação, nós já fizemos uma formação específica só para os familiares dos utentes, não quer dizer que aconteça todos os anos, mas vamos tentando fazer, o que acontece é que os familiares também procuram essa formação porque temos também esses serviços, o que também ajuda a aumentar o vínculo com os técnicos porque também somos nós que também damos essa formação acaba por estarmos mesmo muito próximos.

5. Na sua opinião qual a importância da proximidade dos familiares/amigos num programa de estimulação numa pessoa com demência?

Penso que aqui é de todo importante, porque...o que é que acontece?! Nós vemos isso muitas vezes na avaliação, é que quando estou apenas com a família (dizem) “porque ele hoje não consegue fazer isto; ele fazia antes; vai ver que ele não vai querer fazer nada” e quando nós estamos na nossa reunião de equipa técnica e cruzamos a informação, eu digo à minha colega: olha a família diz que ele não consegue, que tem imensa dificuldade, a minha colega refere que ele fez, que conseguiu responder. Portanto há a noção que a família tem, que o seu familiar ainda consegue ou não fazer, e

o que ele efectivamente consegue fazer. Quando pomos as pessoas...ou porque mostramos que tem aqui um exercício que o seu familiar ou se a pessoa lá está e participa nessa actividade e consegue ver que realmente ele ainda consegue, isso ajuda bastante o familiar porque ele fica “ah pois, afinal faz...eu pensava que não”. Depois temos é que trabalhar aí outros factores, que é explicar a relação que nós com os próximos muitas vezes não aceitamos e mandamos ir dar uma volta, mas quando são pessoas de fora, neste caso nós como técnicos eles aceitam e até tentam ainda fazer, portanto ajuda para o familiar que afinal ele ainda tem competência.

6. Quais os aspectos que deveriam ser considerados para melhor intervir junto da população com demência?

Nós podemos sempre melhorar... neste momento claro que, obviamente, nós tentamos sempre fazer o melhor para aquela pessoa que temos e uma abordagem da associação, uma abordagem centrada na pessoa, que é...ok, eles têm uma doença, mas em primeiro lugar são uma pessoa e a partir daí temos que intervir primeiro com a pessoa mas tendo em conta a doença que têm. Obviamente que nós nos vamos adaptando e vamos adaptando também a intervenção tendo em conta aquela pessoa, porque como já referimos, nós recebemos pessoas com demência e existem vários tipos ou até podemos ter cá dois ou três com o diagnóstico com doença de alzheimer e no entanto serem todos muito diferentes e daí nós termos que ter abordagens também diferentes.

7. Que percepção tem relativamente ao impacto das diferentes estratégias que vão adoptando?

Da experiência que nós temos realmente quando nós olhamos para alguém e não vemos a doença, não estamos a tratar como se fosse um coitadinho ou um incapaz ou alguém dependente ou que está esquecido...vemos que realmente se a tratarmos como uma pessoa, não valorizando as falhas mas sim aquilo que a pessoa consegue, tentando integra-la sempre apesar das dificuldades que ela tem, nós vemos que realmente há benefícios e que a abordagem centrada na pessoa e isso também tentamos passar para as famílias de não estar sempre a criticar, contrariar e tentar antes ver a positiva, mas ver ainda a pessoa que está por de trás da doença, nós realmente percebemos que as coisas correm melhor...as nossas estratégias resultam.

O facto de não existirem outros técnicos, como se consegue gerir as intervenções...

A questão é o seguinte...isto tem a ver digamos com o Centro de dia, só que nós temos outras tarefas que é fora do centro de dia e que competem à delegação/associação em que um deles que nós fazemos além de atender telefonemas e dar informação às pessoas, marcar atendimentos por e-mails e presenciais em que tentamos perceber qual é a necessidade da pessoa e nós vemos se a nossa própria instituição consegue dar resposta ou se temos que encaminhar. Obviamente quando recebemos alguém e se tem alguma duvida como a nível de apoios, o que o estado dá, nós damos essa informação mesmo tendo a consciência que se houver diversos técnicos e cada um perceber até onde vai a intervenção de cada um, as coisas estruturadas de maneiras diferentes. Se for a Lisboa a realidade vai ser outra porque apesar de estarem ligadas à associação mas depois têm uma percentagem de tempo que está afecto ao Centro de dia e no centro de dia tem determinadas tarefas e depois também têm outras noutros serviços da associação, alguns que já falamos aqui...obviamente aqui nós acabamos por dar resposta a tudo o que surge. Se for para marcar consultas de psicologia será só comigo, não será com mais ninguém, o grupo de suporte sou eu que oriento...a nível de intervenção com os utentes claro que também a faço, haverá actividades que são mais específicas da psicologia como outras que a colega falou que são mais da terapia ocupacional. Como da avaliação, nós temos a fazer desta forma, mas quando funcionar enquanto centro de dia já vai ser feito de uma outra forma, porque é importante também fazer a avaliação neuropsicológica e já tem que ser um psicólogo a fazer...agora tendo em conta os nossos recursos humanos que são escassos e temos que ser polivalentes e se nós temos esse conhecimento, obviamente que nós tentamos dar o máximo de informação possível às famílias, passando a nível de apoios sociais, o que existe, se a pessoa por exemplo já foi a uma junta médica ou não, percebendo quais são os benefícios de ter o certificado multiusos, de incapacidade. Quando nós percebemos perfeitamente que se houvesse uma assistente social era da competência dela fazer essa avaliação a nível social e de apoios, mas isso nós também fazemos mas isso já é uma função que nós temos que é fora do centro de dia, porque no fundo temos afectas a várias valências, psicologia, formação...o resto vamos gerindo pelas duas. Porque a nível de recursos humanos, há uma psicóloga e duas terapeutas ocupacionais, sendo que uma terapeuta está afectada ao centro de dia e realiza algumas sessões de estimulação cognitiva que são feitos aqui, a outra Técnica faz estimulação cognitiva no domicílio. Depois os atendimentos são feitos por mim (psicóloga) ou pela colega (terapeuta

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

ocupacional), as formações dependo dos temas são dadas por cada um de nós ou por voluntários que colaboram connosco, como o caso de uma enfermeira, juristas... a formação aqui do norte está sobe minha responsabilidade, sou eu que organizo tudo que tenha a ver com a formação, e outros projectos que vamos tendo...nós vamos acumulando diversas pastas e depois temos que conseguir dar resposta. Mesmo a intervenção a nível dos utentes, nós definimos um plano semanal de intervenção em que definimos o que vamos fazer e de acordo com as tarefas que nós temos, sabemos o que vai estar uma ou outra...hoje eu intervenho com um utente e a minha colega intervém com outro...estarmos em simultâneo já é um bocadinho difícil, e depois dividimos o grupo e assim vamos trabalhando. Outra questão é que nós damos formação e nós capacitamos porque também é essa a nossa visão e enquanto responsável aqui do Centro, essa também é a minha visão, no sentido de que todas as pessoas que aqui trabalham têm que estar capazes de ficar sozinhos com aquela pessoa, não ficarem dependentes ao facto de não saberem, não, têm de perceber isso, que foi um trabalho feito cá interno por nós, de...quando fazem determinada actividade eles têm que entender de que é que eles vão trabalhar e o que é que se pretende com aquela actividade e é feito nesse sentido, para não depender tudo dos técnicos porque o trabalho deles também tem que ser valorizado e eles também que sentir que são capazes. Obviamente que depois perceber até onde vai o trabalho de cada um...

Quando isto funcionar apenas como Centro de Dia aí haverá uma grande mudança.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 07/04/2015

Instituição: Centro de Dia Para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus, Porto

1. Nome do entrevistado: Anabela Mónica Pereira Monteiro
2. Cargo que Ocupa: Directora Técnica e Psicóloga
3. Idade: 38 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciatura em Psicologia
5. Experiência Profissional: 12 anos no Hospital
6. Formação na área das demências: Formação Contínua

2ª PARTE – Intervenção ao nível social

1. Quais os cuidados da instituição ao receber um utente?

É tentar perceber muito bem os hábitos deles, as suas vivências anteriores, os seus relacionamentos de forma a que depois no dia a dia seja mais fácil a intervenção com eles. Perceber muito bem, fazer uma boa história desse doente em conjunto com a família para depois a intervenção num centro de dia ser mais fácil atendendo aos seus gostos.

1. Que tipo de avaliação é realizada ao utente aquando a sua chegada à Instituição?

É uma avaliação multidisciplinar em que estão presentes os diferentes elementos da equipa e cada um de nós recolhe determinados aspectos nessa história. O psicólogo preocupa-se mais com a parte cognitiva; o médico faz mais a história médica e antecedentes clínicos; o enfermeiro recolhe tudo o que é hábitos relacionados com a alimentação, o padrão com os funcionamentos vesicais, com hábitos que tenha, sono, apetite; as terapeutas ocupacionais tudo o que eram hobbies, hábitos, rotinas dos

utentes, a estruturação do seu dia-a-dia actualmente e no passado; dividimos assim um pouco desta forma.

2. Como é feita a integração do utente?

Nós normalmente nunca integramos mais do que uma pessoa por semana de forma a que se possa dar toda a devida atenção àquele utente e que o grupo também possa absorver e integrar o utente. Normalmente pedimos que o primeiro dia venha acompanhado por um familiar e que esse familiar se mantenha disponível em termos de contacto telefónico, no de haver qualquer ocorrência. Depois atendendo ao utente, alguns no primeiro dia permanecem apenas metade do dia, outros permanecem só até à hora do lanche e depois vamos com cada um vendo a melhor forma de estar.

3. A instituição comunica regularmente com a família do idoso? Qual o relacionamento da instituição com a família? Existe interacção?

Sim. Nós temos um contacto regular, um mais formal e outro mais informal. O mais formal tem a ver com todas as actividades de formação à família, dos grupos psico-educativos, e também de actividades festivas para os quais os familiares são convidados a participar. Depois diariamente vamos conversando sobre questões como o transporte, no caso de haver alguma doença súbita vamos partilhando esse aspecto, se há alguma ocorrência na vida do utente, morte de algum familiar, ou algum acontecimento de vida, vamos contactando telefonicamente e por correio electrónico, mas com muita regularidade e proximidade.

4. Como é estimulado o vínculo entre o idoso e os familiares próximos? Que estratégias são utilizadas?

Aqui será é um bocadinho distinto de um lar porque eles à noite e ao fim de semana estão sempre com os utentes, mas mesmo assim trabalha-se muitas vezes com eles quem são os elementos da família, recordar os seus nomes, as relações de parentesco, as fotos de família, de forma a tentar estimular a manutenção dessa relação.

5. Na sua opinião qual a importância da proximidade dos familiares/amigos num programa de estimulação numa pessoa com demência?

A importância é extrema, é mesmo muito importante. Tanto eles conhecerem o tipo de tarefas que estamos a desenvolver, concordarem com as mesmas, incentivarem à realização das mesmas, penso que isso também depois o utente percebe o tipo de relação que os familiares acabam por ter com o centro. E ajudarem-nos no desenvolvimento de algumas tarefas, muitas vezes são solicitados à realização de determinados questionários e é muito importante que haja essa relação e essa proximidade, até porque depois facilita na nossa intervenção.

6. Quais os aspectos que deveriam ser considerados para melhor intervir junto da população com demência?

Eu penso que a diversificação de serviços, nomeadamente a existência de um serviço completo de residência e mesmo de um serviço de apoio de cuidados, de apoio domiciliário seriam importantes. Essa diversificação de serviços e conseguirmos chegar às pessoas nas diferentes fases da doença dos seus familiares, eu penso que isso era importante, essa diversificação de serviços.

7. Que percepção tem relativamente ao impacto das diferentes estratégias que vão adoptando?

É positivo, eu penso que tem funcionado bastante bem e este empenho...a demência é uma doença familiar por isso nós vamos trabalhar este binómio, o utente-família e eu penso que estas estratégias têm funcionado bastante bem.

Guião da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 01.05.2015

Instituição: Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia

1. Nome do entrevistado: Carolina Baptista Veloso do Carmo
2. Cargo que Ocupa: Terapeuta Ocupacional
3. Idade: 28
4. Habilitações Literárias: Licenciatura em Terapia Ocupacional
5. Experiência Profissional: 2011 -2015: Terapeuta Ocupacional em Centro de dia da Santa Casa da Misericórdia de Cascais; 2012-2014: Terapeuta Ocupacional no Centro de Educação Terapêutica do Restelo; Abril 2015 – presente: Terapeuta Ocupacional na Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer.
6. Formação na área das demências:

2ª PARTE – Intervenção ao nível ocupacional

1. Como é que entende o papel do Terapeuta Ocupacional junto dos idosos com demência?

Tem como principais objectivos manter, restaurar e melhorar a capacidade funcional e cognitiva, mantendo o idoso activo e independente o mais tempo possível, proporcionando qualidade de vida.

2. Quais são os objetivos da sua intervenção?

Manter, restaurar e melhorar a capacidade funcional e cognitiva, proporcionando qualidade de vida e experiências significativas para o idoso.

3. Qual é o processo de prática com as pessoas com demência? E com os cuidadores?

É uma abordagem centrada na pessoa com demência.

4. Quais são no seu entender as especificidades a ter com um idoso com demência?

Manter uma abordagem centrada na pessoa com demência, respeitando as suas vivências e experiências passadas, bem como os seus gostos pessoais. Todas as actividades propostas têm de ser significativas para cada uma das pessoas.

5. Como se diferencia a sua intervenção junto de um idoso com demência por referência a outros utentes sem esta patologia?

Para todas as patologias a intervenção é diferente pois há que ter em mente as especificidades de cada patologia e quais os efeitos nas capacidades funcionais e cognitivas do idoso.

6. Que estratégias de ocupação são utilizadas para promover o bem-estar de uma pessoa com demência?

Proporcionar o envolvimento em ocupações que sejam significativas para si, que promovam o sentimento de bem-estar, reforcem a auto-estima e proporcionem qualidade de vida.

7. Que tipologias de actividades existem?

Actividades na comunidade (como passeios a espaços públicos – cafés, museus, igreja), actividades lúdicas e expressivas, ateliê de jardinagem, ateliê de culinária, actividades intergeracionais.

8. Existe diferenciação dos programas nas diferentes patologias?

Sim, a actuação é sempre adequada a cada patologia, tendo de se ter em conta quais os efeitos que cada patologia tem no desempenho ocupacional do idoso.

9. Quais os constrangimentos que decorrem da sua intervenção com as pessoas com demência?

Não, não existem dificuldades pois toda a intervenção é feita com base na pessoa com demência e tendo em conta os efeitos da demência na pessoa e na sua capacidade funcional e cognitiva.

10. Quais são as principais necessidades ocupacionais dos idosos com demência?

Envolvimento em actividades significativas para si, que tenham em conta a sua história de vida e experiências passadas, que proporcionem qualidade de vida, bem-estar e reforço da auto-estima, que promovam a manutenção das capacidades funcionais e cognitivas existentes.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 27/02/2015

Instituição: Centro de Dia “Memória de Mim”, Matosinhos

1. Nome do entrevistado: Patrícia Filipa Moutinho
2. Cargo que Ocupa: Terapeuta Ocupacional
3. Idade: 27 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciatura em Terapia Ocupacional
5. Experiência Profissional: 6 anos
6. Formação na área das demências: Musicoterapia, Snoezelen, Formação Contínua.

2ª PARTE – Intervenção ao nível ocupacional

1. Como é que entende o papel do Terapeuta Ocupacional junto dos idosos com demência?

O papel da terapia ocupacional especificamente nas pessoas com demência será sempre promover por um maior período de tempo a autonomia que a pessoa tem, o desempenho ocupacional que ainda apresenta e promover o bem-estar e dignidade sempre. Eventualmente também intervir a nível de contexto para promover a segurança da pessoa que ainda esteja na sua residência.

2. Quais são os objetivos da sua intervenção?

Depende muito da fase em que a pessoa está, se a pessoa tiver numa fase muito inicial tento promover ao máximo a autonomia, sobretudo em actividades mais focadas nas AVD's, AVDI's, se for possível sempre tentar passar também essa importância de ser promovido essa autonomia junto da família porque só nós não conseguimos nada, em casa terá que haver também esse reforço e depois depende com o evoluir da doença será importante tentar que a pessoa também esteja sempre integrada no grupo, tentar por

maior tempo possível também a integração na sociedade, a pessoa não ser logo posta de parte...depois sempre manter o bem-estar, fazer com que a pessoa se sinta útil, dar sempre actividades em que a pessoa sinta que ainda é capaz de fazer alguma coisa nem que seja uma coisa simples como por exemplo ajudar a dobrar panos ou por a mesa...mas fazer com que a pessoa sinta integrada naquilo que está a fazer. Depois também o papel de ajudar a família a alterar o que for necessário em casa ou mesmo aqui na instituição, alterar o que é necessário para que a pessoa se sinta bem e segura.

3. Qual é o processo de prática com as pessoas com demência? E com os cuidadores?

Com os cuidadores da minha parte será passar estratégias nesse sentido, como lidar por exemplo com o tomar banho ou com as dificuldades na alimentação, o que é que pode ser feito, ou como é que à de alterar o quarto da pessoa porque ela de noite levanta-se e cai ou...passa muito por aí, dar estratégias para modificar o ambiente ou para lidar com questões do dia-a-dia, depois mais com os cuidadores passa mais pela minha colega, digamos as questões comportamentais de lidar passa mais por ela...é muito ou através das consultas de psicologia ou nas formações, a nível comportamental, é muito de explicar ao fim ao cabo que...e falando num tema que é recorrente a agressividade, não é um sintoma da doença, explicar e tentar em conjunto perceber o que é que explodiu aquele comportamento; sintomas que são muito comportamentais fazem parte da doença e as pessoas acharem que não é, quando aparecerem considerarem que é a doença que a está avançar muito rapidamente e que é importante explicar que faz parte, principalmente porque é que acontece com as estratégias de como lidar, seja porque andam sempre atrás deles ou o fim do dia que causa grande agitação, explicar que isto tudo é normal, acima de tudo perceber que é normal e que é característico acontecer, e depois fornecer estratégias tendo em conta depois tendo em caso cada um.

4. Quais são no seu entender as especificidades a ter com uma pessoa com demência?

A nível de intervenção sim, acima de tudo primeiro conhecer a pessoa que está à nossa frente, isso é fundamental, porque às vezes centramos no diagnóstico e não chega, mas para além de conhecer a pessoa, se eu conhecer muito bem a história de vida tenho mais de 50% do trabalho feito, mas para além disso é necessário compreender porque é que a pessoa está a ter aquele comportamento, por isso eu tenho que perceber quais são os sintomas da doença e como é que a doença vai evoluir e por isso é que isso é

fundamental para eu não criar expectativas nem de mais nem de menos na minha intervenção. Como terapeuta ocupacional o objectivo será que a pessoa tenha autonomia, será dar estratégias para isso, o desempenho ocupacional...quando falamos em desempenho ocupacional numa pessoa com demência é mais complicado porque se a pessoa não tiver capacidade para reter a informação não adianta a estar a fazer um treino de independência por exemplo na alimentação se ela não conseguir reter a informação, então eu terei sempre de adaptar e de ter em conta as próprias expectativas que eu tenho e passar essa informação à família.

5. Como se diferencia a sua intervenção junto de uma pessoa com demência por referência a outros utentes sem esta patologia?

A diferença foi o que eu disse à bocado...que realmente aqui o objectivo de reabilitação, digamos não vai haver reabilitação, quando nós terapeutas ocupacionais trabalhamos com outras patologias o nosso objectivo é sempre reabilitar alguma função ou alguma incapacidade que a pessoa tenha ou então compensar através de ajudas técnicas, aqui a grande diferença...eu posso fazer isso numa fase inicial, o problema é que a maior parte das pessoas que nos chegam já não está numa fase inicial porque o diagnóstico é feito mais tardiamente, as pessoas já têm algumas dificuldades, as competências principais que eu deveria ter trabalhado no início já não as consigo trabalhar agora e por aí que se vai diferenciar...eu vou tentar não me vou focar tanto na reabilitação, mas numa abordagem mais compensatória que eu vou tentar manter por maior período de tempo as competências que a pessoa ainda a tem.

6. Que estratégias de ocupação são utilizadas para promover o bem-estar de uma pessoa com demência?

Será um bocadinho por aí, tentar adaptar sempre, não ter nada rígido, as estratégias de ocupação às vezes são coisas simples, por exemplo, se a pessoa naquele momento não está bem para fazer uma actividade eu posso simplesmente pegar nela e dar uma volta aqui se tiver mau tempo...isso já passa por uma ocupação para promover ou para diminuir aquela ansiedade que aquela pessoa tem.

7. Que tipologia de actividades existe?

As actividades que existem... fazemos actividades de estimulação cognitiva que é o que nós mais utilizamos, as actividades de estimulação psicomotora, actividades de

estimulação sensorial que são utilizadas em fases mais avançadas mas que também podem ser em fases intermédias, a musicoterapia, que nós também temos a colaboração de uma musicoterapeuta, actividades de reminiscências, que são fundamentais, treino de AVD quando é possível...temos actividades lúdicas, os jogos, actividades mais lúdicas, actividades no exterior...será um pouco por aí. Nós temos um programa de actividades que em todas as semanas passamos esses programas...lá está, por algum motivo poderá ser a actividade modificada naquele dia, sempre susceptível de adaptar.

8. Existe diferenciação dos programas nas diferentes patologias?

Nós tentamos que não haja...tentamos sempre se as actividades sejam em grupo, tentamos que a actividade esteja de tal forma adaptada ou feita para que todos eles consigam participar. Claro que se virmos que aquela pessoa não está capaz por algum motivo, nós tentamos nem que fique um técnico ou uma auxiliar com ela para realizar outro tipo de actividade...mas tentamos que ir de encontro ou grupo e não diferenciar muito.

9. Quais os constrangimentos que decorrem da sua intervenção com pessoas com demência?

As vezes nós achamos que, por exemplo determinada actividade ou eu preparo uma acção e acho que aquilo vai correr muito bem e naquele dia o utente chega cá mais agitado porque dormiu mal ou porque em casa aconteceu qualquer coisa e vem para actividade agitado, ansioso ou até mais agressivo porque houve alguma coisa que despoleta aquele comportamento e o constrangimento vai na medida em que eu tenho de ser capaz de em pouco tempo modificar todo o objectivo que eu tinha para aquela tarde ou para aquela actividade e primeiro ter que trabalhar os aspectos porque é que a pessoa está assim, tentar desviar a atenção, conversar com a pessoas, dar uma volta com ela e portanto são esses os constrangimentos que temos no dia-a-dia, que é não adianta ter as coisas muito esquematizadas porque depois nós temos que ter capacidade para as adaptar.

10. Quais são as principais necessidades ocupacionais dos idosos com demência?

Todos nós como seres humanos, somos seres ocupacionais, nós não vivemos sem ter alguma actividade que nos seja significativa e todos nós temos as nossas actividades predilectas...não é por uma pessoa ter o diagnóstico de demência que deixa de ser um ser ocupacional, pode é não ter iniciativa nem capacidade muitas vezes para dizer aquilo que quer fazer ou até para sentir que tem de fazer alguma coisa, mas a experiência que nós temos é que sempre se nós conhecermos aquilo que a pessoa gostava de fazer e se a motivarmos para tal partindo da iniciativa de nós, a pessoa vai-se envolver facilmente naquela actividade que lhe foi sempre significativa e que muitas vezes até estava relacionada com a sua profissão, com a sua identidade, por exemplo...portanto, as principais necessidades ocupacionais é as pessoas necessitarem de uma ocupação, seja ela qual for, se ela puder ser relacionada com a sua história de vida e com a sua identidade tanto melhor, que lhe seja significativa, mas o que nós sentimos é que mesmo numa fase mais avançada é necessário sempre algum tipo de estímulo seja ele às vezes uma massagem, ouvir música, um toque...o estímulo é sempre fundamental.

(Nas fases mais avançadas os utentes chegam com alguma necessidade mais específica?)

Nós para Centro de Dia não recebemos fases mais avançadas, é fase inicial ou intermédia. Quando eu refiro nas fases avançadas tem a ver, por exemplo, com os domicílios, ou com outro tipo de pessoas que ficam mais sentadas ou que já não têm capacidade de andar mas que ainda é possível intervir com essas pessoas. Nós não recebemos pessoas nessa fase, agora pode acontecer que essa pessoa evolua estando aqui no grupo e até de um momento para o outro ou com o tempo começa a ficar mais apático com outro tipo de necessidade de outro tipo de estimulação, claro que aí nós temos que ter em atenção que terá de ser uma intervenção mais individualizada mais personalizada, se ela já não for capaz de tirar qualquer benefício da intervenção em grupo...aí também será avaliado a sua permanência. Digamos que o objectivo é em grupo, obviamente que há e deve ser feita intervenção a nível individual mas como há uma doença que é progressiva...

(Então depois quais são os procedimentos que realizam quando essas pessoas avançam para uma fase mais avançada?)

Vou dar um exemplo concreto...uma senhora de uma demência vascular em que a parte motora foi ficando afectada, a carrinha que nós temos de transporte não está adaptada

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

para cadeiras de rodas, precisamente porque é para pessoas em fase inicial, intermédia, ao nível de marcha são independentes, essa senhora ia então com alguma dificuldade...o que acontecia era que chegando aqui a carrinha, muitas vezes para facilitar o trajecto era na cadeira de rodas, em casa às vezes também já ficava...mas era sempre promovida a autonomia mesmo que demorasse algum tempo vinha sempre alguém com ela a acompanhar...essa senhora vivia num segundo andar num prédio sem elevador, portanto havia um esforço e o compromisso do cuidador que era o marido, chegou uma altura que foi o próprio que quis falar e dizer que ele já não conseguia porque começaram acontecer algumas quedas, o senhor tinha bastante força mas já estava a ser um bocadinho complicado...porque apesar de esta senhora ter a limitação ao nível físico, a nível cognitivo ela era capaz de colaborar, a nível de compreensão não estava afectada, tinha era dificuldades na linguagem, demorava mais tempo a responder...mas caso este cuidador também não tivesse tomado a iniciativa, haveria uma reunião de tentar mostrar o que é que já não estava a ser possível da nossa parte fazer e depois ver-se em conjunto que outras possibilidades é que haveriam, porque não é dizer à família olhe que a partir de amanhã não vem...há sempre um acompanhamento até porque nós temos outros serviços, tentar perceber se era possível ou se não fosse da nossa parte tentar arranjar uma outra instituição que pudesse receber...se eles necessitassem nesse sentido. Mas fazemos sempre o acompanhamento, ao fim ao cabo só deixar depois de a pessoa estar entregue ou de ter uma resposta adequada à nova situação.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 07/04/2015

Instituição: Centro de Dia Para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus, Porto

1. Nome do entrevistado: Ana Luísa Sobral Manso
2. Cargo que Ocupa: Terapeuta Ocupacional
3. Idade: 26 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciatura em Terapia Ocupacional
5. Experiência Profissional: 4 anos
6. Formação na área das demências: Formação contínua

2ª PARTE – Intervenção ao nível ocupacional

1. Como é que entende o papel do Terapeuta Ocupacional junto dos idosos com demência?

É assim eu penso que dentro de uma equipa multidisciplinar, eu penso que o nosso papel também é muito importante, não só a estimulação cognitiva e sensorial, essencialmente porque penso que nestes idosos também quando começa a faltar a parte sensorial seja visão, audição, o tato, daí podem advir as outras dificuldades que eles têm no dia-a-dia tanto nas AVD's como na interacção social, e penso que nessa parte a terapia ocupacional tem um papel importante, principalmente no treino das AVD's, por exemplo tomar banho, lavar os dentes, ajudar também que eles sejam mais autónomos possíveis e libertar um pouco os cuidadores dessas tarefas, mas também pelo nosso papel na parte mais cognitiva, de memória, atenção concentração e por aí fora.

2. Quais são os objetivos da sua intervenção?

A nossa intervenção baseia-se essencialmente no tentar que eles sejam o mais independentes possíveis no dia-a-dia e então tentamos ver quais são as dificuldades deles, se por exemplo é o facto de eles não serem tão independentes está a nível da iniciativa e tentamos trabalhar um bocadinho essa parte da motivação também, se é na execução em si, se é no planeamento das actividades e tentamos trabalhar nesses aspectos para depois passarmos à prática e conseguirmos que eles, dentro das capacidades deles, consigam fazer o máximo possível; e melhorar a qualidade de vida deles e dos cuidadores.

3. Qual é o processo de prática com as pessoas com demência? E com os cuidadores?

Com os utentes aqui no centro de dia nós fazemos sessões de grupo essencialmente, tentamos às vezes dividir os grupos das pessoas que têm mais competências e as que têm menos competências para que as actividades sejam mais dirigidas para o grupo e para o outro e para também não criar frustração nuns e nos outros pensarem que estão aqui um bocadinho a brincar e que temos aqui a brincar com eles; de vez em quando, quando é preciso também fazemos algumas intervenções individuais, quando é assim alguma coisa mais pessoal de cada um deles. Com os cuidadores costumamos fazer por vezes formações aqui no centro de dia, temos alguns contactos com eles também nas festas e também tentar envolvê-los um pouco nestas rotinas daqui.

4. Quais são no seu entender as especificidades a ter com uma pessoa com demência?

Em primeiro lugar é ter paciência e eles terem o ritmo deles. Alguns deles ainda têm muitas competências, o que acontece, falando em casa, é que se nota muitas vezes é que eles em casa e aí percebe-se também pelo cansaço muitas vezes dos cuidadores, eles querem apressar muito as coisas, para ser mais rápido e então eles acabam por já não fazer as coisas que se calhar até têm competências mas deixam de as fazer; e aqui é um bocadinho ter paciência, deixá-los fazer ao ritmo deles, deixá-los errar para eles perceberem que também que erraram e às vezes se eles conseguem perceber porque é que fizeram mal, e trabalhar um pouco por aí e é aproveitar ao máximo todas as competências e pegar sempre nos interesses deles para trabalhar aquilo que eles têm em

défice, porque se vamos trabalhar uma coisa que eles têm em défice com coisas que para eles não tem interesse, temos que adaptar sempre as actividades que fazemos com eles pelos interesses deles. Por exemplo se eles gostam da música se calhar pegar na música para trabalhar a memória; tentar pegar sempre nos interesses para fazer as actividades, penso que é muito mais fácil motivá-los e pegar assim nessas coisas.

5. Como se diferencia a sua intervenção junto de uma pessoa com demência por referência a outros utentes sem esta patologia?

É um bocadinho diferente. Porque nós sabemos realmente que nestes utentes as coisas vão progredindo e também vamos com eles tentando perceber, qualquer ganho que eles tenham eles ficam muito contentes. Nós sabemos que com esta população o ganho não vai ser muito, mas manter as competências já é bastante bom, por exemplo enquanto na reabilitação física nós vemos resultados e vê que aquela pessoa melhorou e 5 centímetros de amplitude é bastante bom...aqui às vezes um ganho é ele ter dito um bom dia ou boa tarde espontaneamente, para nós aqui já é um ganho muito grande. Penso que a nível de objectivos temos que ser muito mais simplistas. Mas daí penso que em relação às outras áreas penso que é um pouco mais por aí.

6. Que estratégias de ocupação são utilizadas para promover o bem-estar de uma pessoa com demência?

Tentamos que eles ocupem aquele dia com coisas que gostem, tentamos pegar nos interesses deles e motivações e pegar por aí e também às vezes com os que têm mais competências passar algumas actividades para casa, como é que eles podem ocupar os tempos livres em casa porque muitos deles passam os fins-de-semana em casa e dizem que sentem falta daquela estimulação, que já não se dão a ver televisão, que já há coisas que não fazem porque antigamente passeavam mais...também fazemos um pouco essa parte da exploração do lazer para que eles também possam não só aqui mas também como em casa ocupar mais o tempo. Alguns dos utentes acabam por fazer sim, com a ajuda dos cuidadores, que também inclusive têm que se envolver os cuidadores. Aliás nós aqui fazemos muito isso pegar em cartões que têm actividades de lazer e perguntar, eles identificarem e depois no fundo é quem é que gosta, quem é que já fez, quem é que não faz agora, porque é que não faz, se é por falta de motivação se é porque acha que já não é capaz, e trabalhar um bocadinho essas coisas e tentar envolve-los o mais possível

naquilo que eles gostam porque realmente penso que mesmo na idade deles, sejam idosos com ou sem patologia, penso que é importante que eles tenham um envelhecimento activo e que acima de tudo que tenham um bem-estar e que se envolvam em coisas que lhes dão prazer porque penso que isso para eles é o melhor.

7. Que tipologia de actividades existem?

Temos a estimulação cognitiva e sensorial, temos as reminiscências que é um bocadinho pegar em do passado para estimular a memória, e com isso outras questões, trazer bons momentos que passaram antigamente para o presente, também a comunicação e interacção do grupo, haver ali uma confiança entre eles e poderem partilhar; depois uma coisa engraçada é que às vezes essas coisas que se trabalham nessas sessões passam ali para a sala de estar, eles continuam as conversas. Temos o treino de AVD's e AVDI's, que é no fundo perceber onde é que eles têm dificuldades e ajudá-los para que depois na prática, como na alimentação, no ir à casa de banho, sejam o mais autónomos possível; temos também actividades mais motoras, de psicomotricidade e que tentamos envolver um pouco a estimulação cognitiva também e a parte motora, em que fazemos gincanas, jogos mais de competição, como o bowling ou a malha, quando está melhor tempo; fazemos actividades com música tanto para o relaxamento como para estimular um pouco mais a parte motora. Também utilizamos muito aquela sala e achamos que para eles também é muito bom a nível de comunicação/interacção as actividades sócio-recreativas, como as cartas, as damas, o dominó, para eles é muito bom, interagem e ao mesmo tempo parece que não mas estão a trabalhar a parte cognitiva, contar os pontos da sueca, respeitar as ordens, a vez um do outro, têm que se lembrar qual é o trunfo...penso que eles acham que não estão a trabalhar a memória, mas ali no fundo estão a trabalhar.

8. Existe diferenciação dos programas nas diferentes patologias

Não, porque normalmente nós dividimos mais as actividades por estadio da demência, se for num estadio grave ou médio que esteja assim moderado, nós juntamos um grupo que sabemos que tem mais competências e fazemos um tipo de actividade direccionadas para esse grupo, para os mais autónomos que ainda estão numa fase muito inicial fazemos outro tipo de actividades. Não dividimos necessariamente por patologia mas mais por défices.

9. Quais os constrangimentos que decorrem da sua intervenção com as pessoas com demência?

Às vezes é o trabalho que é feito no centro de dia não ser “estragado” em casa mas nota-se que eles são muito protegidos em casa, e às vezes nós dizemos aos cuidadores “mas olhe...” e às vezes eles ficam admirados, por exemplo nas festas há utentes que os familiares acham que eles não conseguem comer sozinhos e às vezes eles vêm às festas e dizem “ele está a comer sozinho!” e nós dizemos “em casa deixe mesmo, nem que coloque uma toalhinha à frente se ele se sujar porque ele aqui come sozinho”; às vezes um bocadinho trabalhar essa parte, é o trabalho que nós fazemos aqui passar para casa e outra coisa é nós virmos que estamos attingir uma grande evolução e às vezes uma simples infecção respiratória deita tudo a perder e voltamos tudo para trás e realmente é penso que é um pouco por aí, tanto podemos ter bons resultados como podemos não ter e às vezes os bons resultados podem ser estragados por uma condição de saúde. Há vários tipo de cuidadores, aqueles mais interessados que apoiam, perguntam como é que eles tiveram, como é que eles estão, o que achamos de fazer isto ou aquilo, e há outros cuidadores que não são tão presentes talvez por questões de vida e nem sempre é muito fácil nós gerirmos essas coisas todas, mas é muito bom quando nós conseguimos dar essa continuidade em casa. Por exemplo, há utentes que até têm empregadas em casa, já aconteceu essas empregadas virem cá e perguntarem o que é que podem fazer com eles nos tempos livres e nós damos exemplo de actividades que eles podem fazer em casa, as palavras cruzadas, outras mais simples, às vezes com objectos no dia-a-dia dá para fazer muita coisa. Às vezes só o facto de lerem o jornal, se ainda tiverem a competência de leitura/escrita para a orientação, às vezes ver fotografias da família e perguntar quem é quem...só por aí penso que já são actividades que se podem fazer e que as pessoas não têm a noção que estão a trabalhar, o familiar e que estão ali a mexer em coisas importantes e que se forem informadas até fazem. Penso que falta muita informação às famílias, penso que as famílias às vezes focam-se muito no facto de ser uma doença progressiva, porque não tem cura, porque eles vão acabar acamados e que chegam a uma certa altura, enquanto eles têm competências tanto que penso que os familiares têm que sentirem isso principalmente nos últimos anos, os familiares procuram ajuda quando da nossa parte já às vezes não há muito a fazer, que é quando eles em casa já começam a fazer mais asneiras, já não tomam banho sozinhos, já não comem sozinhos e é aí quando a família procura mesmo ajuda, quando deveria ser mesmo numa fase mais inicial para conseguirem acompanhar. Por isso é que eu penso que as famílias deviam

ser mais incentivadas mesmo por quem os segue, a nível de neurologia, de psiquiatria, serem mesmo incentivados a...não só os medicamentos mas a parte não farmacológica. Eu penso que neste tipo de patologias é muito importante. Há poucos sítios como este, é verdade, mas se houvesse mais formações aos cuidadores, coisas que pudessem fazer em casa com eles, claro que o trabalho não é o mesmo mas sempre é melhor que nada e só estarem a fazer medicação. Penso que era muito importante, estas famílias precisam de muito apoio, de mais informação.

10. Quais são as principais necessidades ocupacionais dos idosos com demência?

Eles precisam sobretudo de sentirem que ainda tem alguma coisa para dar, porque muitos deles chegam aqui e pensam que não vão conseguir. Penso que acima de tudo se lhe dermos a confiança que eles precisam e dizer-lhes que são capazes, pode não correr bem à primeira, pode não correr bem à segunda, mas à terceira eles vão tentando e gostam de experimentar coisas novas, isso é muito interessante porque às vezes muitos deles com a reforma é mesmo assim, eles deixam de sentir que deixarem de ser capazes. E depois acontece que muitos são jovens ainda, nós temos aqui casos de pessoas com 50, 60 anos, que é muito complicado nós vemos filhos ainda muito novos, a inverterem-se um pouco os papéis e no fundo a tentá-los ocupar com coisas que eles gostam, dares-lhe mesmo uma qualidade até ao fim que seja para eles muito importante. Nós principalmente terapeutas ocupacionais, nós damos muita importância aos interesses, às motivações deles porque penso que se nós que não temos patologia nenhuma e se fazemos uma coisa que gostamos vamos muito mais alegres, estamos muito mais motivados e corre muito melhor, e com eles é a mesma coisa...se nós vamos colocá-los a fazer uma coisa que para eles é um frete não vale a pena, penso que não se está a trabalhar, no fundo é ocupá-los com coisas que sabemos que eles vão conseguir fazer também para não criar frustração e no fundo coisas que eles gostem de fazer.

Transcrição da Entrevista

1ª PARTE- Elementos de Identificação do representante Institucional

Data: 07/04/2015

Instituição: Centro de Dia Para Doentes de Alzheimer e outras Demências S. João de Deus, Porto

1. Nome do entrevistado: Teresa Rodrigues
2. Cargo que Ocupa: Terapeuta Ocupacional
3. Idade: 37 anos
4. Habilitações Literárias: Licenciatura em Terapia Ocupacional e algumas Pós graduações
5. Experiência Profissional: 9 anos
6. Formação na área das demências: Pós graduação em psicogeriatrica e formação contínua

2ª PARTE – Intervenção ao nível ocupacional

1. Como é que entende o papel do Terapeuta Ocupacional junto dos idosos com demência?

Eu vou-me reportar um bocadinho ao trabalho que é feito neste Centro de dia, nós trabalhamos muito com os nossos utentes, com os nossos idosos aqui no centro de dia tendo em vista a manutenção ou melhoria das competências, nomeadamente nas competências nas AVD's, nas AVDI's quando possível e na parte da estimulação sensorial-motora, ou seja são áreas muito diversas mas que precisam ser todas trabalhadas e nós trabalhamos de acordo com algumas técnicas da terapia ocupacional. Nós não fazemos estimulação cognitiva fazemos mais uma estimulação cognitiva mais vocacionada para o desempenho das tarefas, portanto se os idosos não tiverem competências cognitivas para desenvolver determinadas tarefas, nós trabalhamos a parte do desempenho, nós trabalhamos a função para a tarefa, para o desempenho funcional da tarefa.

2. Quais são os objectivos da sua intervenção?

Penso que já fui falando um bocadinho...tem a ver com a manutenção das competências que ainda existem, dentro do leque alargado do utente que nós temos aqui, vendo a parte biopsicossocial. São as três vertentes que nós trabalhamos.

3. Qual é o processo de prática com as pessoas com demência? E com os cuidadores?

Nomeadamente que nós desenvolvemos aqui no centro de dia, tentamos que o trabalho seja individual, por isso é que fazemos sempre uma avaliação de cada utente que temos cá, uma avaliação individual e um acompanhamento mais de perto destes nossos utentes aqui no centro de dia. Relativamente aos familiares, nós somos abordados por muitos deles quando vêm cá ao centro de dia trazer os seus familiares, há alturas também em que nós decidimos em equipa técnica fazer uma intervenção mais generalista junto dos cuidadores, trazendo o chamado psico-educativos. Nós temos uma sessão aberta a quem quiser vir, dentro da área da terapia ocupacional, temos uma pequena apresentação daquilo que pode ser feito e estamos sempre abertos às questões que os cuidadores trazem, porque efectivamente é um trabalho de 24 horas...todos os dias há novas questões... é assim, há muitas relações, o que nós temos vindo a constatar é que há muitas flutuações de comportamentos dos nossos utentes em casa, aqui e temos de estar sempre atentos, é um trabalho continuo, de terreno aqui e também de acompanhamento aos cuidadores.

4. Quais são no seu entender as especificidades a ter com uma pessoa com demência?

São mesmo muito específicos, se todos os idosos têm as suas necessidades muito fruto também da passagem à vida menos activa, se nós não falarmos no envelhecimento dito normal, estamos a falar de um envelhecimento com grandes perdas, e estas perdas são muito sentidas no início da demência por parte dos utentes e nós tentamos estar atentas a todas estas especificidades, ou seja, há muitas perdas em termos de qualidade de vida, eu não falo de qualidade de vida em cuidado pessoal, não, não é por aí, é mesmo qualidade de vida porque muitos deles sentem-se privados muitas vezes de fazer algumas tarefas que estavam habituados a fazer e é preciso ter algum tato também na forma como nós abordamos estas questões com eles e com a família. Estas questões são

muito viradas também para a perda da autonomia que eles têm, e a perda desta autonomia também tem a ver com a parte motora, a parte cognitiva, emocional, portanto há um leque muito variado de questões que podem ser apresentados.

5. Como se diferencia a sua intervenção junto de uma pessoa com demência por referência a outros utentes sem esta patologia?

Temos a diferença entre o envelhecimento dito normal e este envelhecimento com perda que caracteriza as pessoas com demência. Se no envelhecimento dito normal a questão fulcral aqui é trabalhar as actividades fora do contexto de trabalho, fora da rotina do trabalho, preenchendo um bocadinho todas as lacunas que aí advêm, aqui para além disso temos que também ajudá-los a encontrar “um rumo” que seja mais adequado para cada um. Neste rumo temos que ponderar as perdas que eles vão tendo e as outras coisas mais positivas que vão ganhando, ou seja, é sempre uma balança difícil de equilibrar mas que nós temos de estar sempre atentos, quer numa relação quer na outra.

6. Que estratégias de ocupação são utilizadas para promover o bem-estar de uma pessoa com demência?

Nós temos sempre em atenção e na avaliação inicial que fazemos nós temos sempre em atenção também os interesses porque muitas vezes os interesses que eles nos apresentam em termos de ocupação de tempos livres não tem nada muitas vezes a ver a parte laboral que eles tiverem até então, muitos deles têm uma profissão, por exemplo, alguns utentes nossos aqui do centro de dia foram empregados bancários mas gostavam de fazer outras coisas completamente díspares, como pescar ou participar nuns ranchos folclóricos...portanto, é muito importante e isso temos que ter em atenção à parte dos interesses, das motivações e de outros interesses. Muitas vezes ditas ocupações de tempos livres que eles tiveram no passado não se adequam agora, porque muitas vezes eles não têm estratégias para conseguir fazer mesmo esse tipo de trabalho ou estar nessa ocupação de tempos livres. Contudo, agora o que nós tentamos é mostrar-lhes outro tipo de tarefas que se calhar eles poderiam também os interessar, a partir daí, a partir da motivação intrínseca para a tarefa, nós podemos pegar por aí e trabalhar essas competências de uma forma mais prazerosa estando na mesma nós a trabalhar objectivos específicos, que falei inicialmente, mas que aproveitando as motivações e os

interesses deles estamos a trabalhar de um forma mais prazerosa que nem parecemos que estamos a trabalhar.

7. Que tipologia de atividades existem?

Aqui especificamente no Centro de Dia nós fazemos aqui várias actividades, vamos de encontro também às motivações e aos interesses. Trabalhamos áreas mais específicas como as AVD's, as AVDI's, a parte sensorial, que parecendo que não é muito importante para as reminiscências... muitas vezes ao trazermos uma caixinha ou várias caixinhas de café, de canela tapadas...isto é um exemplo...vamos trabalhar as gavetas das memórias, algumas delas estão abertas e trazem emoções, sentimentos que muitas vezes nem eles próprios conseguem chegar lá, ou seja conseguem identificar com um bocadinho mais de cuidado e um bocadinho de acompanhamento nós conseguimos abrir estas gavetas da memória, portanto estou a falar no fundo na nossa sessão das reminiscências que também fazemos aqui. Fazemos uma actividade, na qual temos muito em atenção a parte motora porque nós não queremos utentes sedentários aqui no centro de dia, apesar de nós sabermos que muitas vezes eles em casa se puderem estão sentados o dia todo, que é mesmo assim, não é por mal... é mesmo porque as famílias têm medo que eles caíam ou que mexam em qualquer coisa que não deva ser mexido, e então a actividade psicomotora é muito importante. Muitas vezes eles perguntam porque é que estão a fazer aquele jogo de brincadeira e que às vezes não é brincadeira, são jogos tradicionais, que nós trazemos para cá e é nessa actividade psicomotora que nós trabalhamos essas questões. Muitas vezes eles dizem "eu fazia isto quando eu era pequeno", "é que são as memórias que eu tenho...portanto, é outra actividade que nós fazemos, a actividade psicomotora para além das reminiscências, AVD's, fazemos também actividade sensorial que há utentes que têm um dieta sensorial brutal, ou seja, que em termos de contacto com a parte sensorial, falo de uma parte sensorial de uma forma mais básica até, falando nos 5 sentidos e depois passando a uma parte mais complexa; há alguns utentes aqui têm muitas lacunas a esse nível, por outro lado há utentes que é exactamente o contrario, ou seja, temos que ser nós a estimular para eles conseguirem atingir determinadas competências, e quando nós falamos isto em termos sensoriais tem muito a ver também com as precauções que eles vão ter em casa, imagine o que é eles entrarem no poliban, abrirem a água para começarem a tomar banho, por exemplo, e apanharem um escaldão porque a água está mais quente, é claro que nós não vamos trabalhar nada, nós estamos a fazer é sempre uma manutenção das competências,

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

e esta manutenção passa muito também por estas pequenas questões que à partida são básica para nós, para eles não é tão básico assim. Também temos à quinta-feira à tarde uma sessão de cinema, na qual já tivemos muitas fases aqui no centro de dia, tentamos estar atentos aos pedidos que eles trazem, e também como é um centro de dia muitas vezes há utentes que vão entrando e vão saindo, não porque nós não queiramos que eles saiam mas é mesmo a família que opta pela institucionalização, já passámos por uma fase de os filmes antigos todos portugueses, é a primeira questão, já passámos por uma fase das temporadas do “Conta-me como foi” e agora estamos numa fase de “Gabriela”, 1965. Foi exibida cá em 1977, portanto é muito engraçado ver as reacções deles até ao trailer inicial da música da novela, é muito interessante ver a reacção deles. Portanto essa é mais uma actividade que temos aqui no centro de dia, para além de festas sazonais, de festas temáticas, muitas vezes aqui no hospital nós fazemos algumas actividades no hospital fora do centro de dia, e eles também são convidados a participar...a festa da primavera, o torneio de jogos de mesa...ou seja tentamos sempre que não fiquem confinados muito aquele ambiente, tenham um contacto também com pessoas externas, porque no fundo também estamos a trabalhar as competências de comunicação e interacção, e é engraçado que alguns dos nossos utentes do hospital muitas vezes dizem “olá, bom dia, já há muito tempo que o vejo”, e eles ficam a olhar para a pessoa “eu não conheço”...lá está, a comunicação e interacção também é fundamental trabalhar em todos estes aspectos. Nós temos objectivos específicos mas é claro que nós não vamos fazer uma actividade só para trabalhar aquele objectivo, tentamos alargar e há coisas que estão sempre dentro dos nosso objectivos...a comunicação, a socialização, a partilha de interesses, a motivação para a tarefa...portanto, uns trazem uma coisa...é engraçado, uns trazem uns livros que estão a ler em casa porque receberam no Natal ou porque receberam na Páscoa, agora até temos aí muitos livros que temos que ver nas sessões... portanto para eles é muito importante eles poderem trazer coisas de casa, para haver uma participação, não estarem aqui só a receber mas também serem capazes de dar. À segunda-feira de manhã que é muito interessante é que nós fazemos uma actividade de jornal de parede, em que eles trazem as notícias do fim-de-semana...então fazemos mesmo um cartaz com as actividades que lhes chamaram mais atenção, e é muito interessante ver que alguns utentes já se tinham desligado de ver as notícias, estar um bocadinho a par daquilo que acontece no mundo, etc., mas esta orientação espaço-temporal, mais uma vez é um dos objectivos que nós trabalhamos, ajuda muito a que eles também se consigam situar e perceber o que é que está acontecer, ou seja que não seres isolados lá por terem demência não são pessoas

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

isoladas do mundo e é muito interessante ver que alguns deles sabem o que se passa à segunda-feira...as questões ligadas ao futebol são fundamentais, por homens e mulheres, as questões ligadas ao futebol são muito interessantes. Nós tivemos aqui utentes e ainda temos utentes, mas infelizmente com o passar do tempo começaram a ficar com mais défices, mas que iam muitas vezes ver os jogos de futebol ou do Salgueiros, ou Boavista... e eles lembram-se muito destas pequenas coisas e é muito interessante porque muitos deles frequentaram quando eram pequenos a mocidade portuguesa, ou seja, isto tem que ser todo um trabalho feito até lá trás. Nós vamos lá até trás buscar algumas informações e na entrevista aos cuidadores também é muito importante nós termos esse tipo de feedback, porque muitos deles frequentaram clubes que já terminaram na cidade do Porto, outros que não só na cidade do Porto mas também nas aldeias porque muitos deles vieram das aldeias, ou nas regiões mais limítrofes da cidade, e que vieram para cá e...até mesmo às profissões é muito interessante porque eu nunca me vou esquecer que numa das saídas ao exterior que nós organizamos também, uma das últimas que acompanhei que foi ao Museu Militar do Porto...aquele museu tem uma carga emocional muito forte para alguns dos nossos utentes, a guerra colonial, o facto de haver muita gente foi para o exterior, a relação que tiveram com os familiares, com as esposas, portanto parecendo que não, nós no fundo as actividades que nós apresentamos no centro de dia tem muito a ver com o trabalhar destas questões todas e não deixamos ficar nada em saco roto, ou seja quando vimos que há alguma coisa que “toca” mais em algum utente, tentamos acompanhá-lo mais para ver que repercussões é que pode também trazer na vida activa deles. Por isso a orientação temporal também é muito importante, não é só saber o dia que é, o dia da semana que é, o mês em que estamos, mas também envolvê-los na parte mais significativa das datas. Eu estava a falar no museu militar, mas também no dia 25 de Abril, o Dia da Liberdade...é um feriado. Nós já fomos antes, já tivemos esta saída antes precisamente porque também não queremos colar muitas coisas e tentar dosear um bocadinho aqui as actividades. De uma forma geral penso que fui falando um pouco de todas as actividades. Fundamentalmente é isso, nós não temos actividade estanques, não podemos...porque estão sempre a entrar utentes e estão também a sair, contudo também temos que ter o cuidado de acompanhá-los nas diferentes fases na evolução da doença, que é fundamental em todas as áreas. É um trabalho muito cansativo, mas qualquer das maneiras também é um trabalho muito gratificante por ver muitas vezes as reacções dos nossos utentes têm, quando por exemplo vão á rua escolher um gelado...o sorriso... é a melhor reacção, é a melhor recompensa que nós podemos ter enquanto técnicos aqui no

centro de dia, é mesmo os sorrisos e ver que realmente que valeu a pena. Se calhar até mostram alguma desmotivação no início, nós temos que estar a puxar por eles, tentar cativar estes utentes porque muitos deles também têm consciência das perdas, começam a ficar um bocadinho mais deprimidos...que é outro cuidado que nós também temos. A perda é mais sentida agora do que propriamente se fosse no envelhecimento dito normal, porque é extrapolado, se nós não tivermos atentos começa a ter proporções muito negativas no desempenho das tarefas do dia a dia, até simples birras que eles têm...temos que tentar perceber o que se passa, falar, tentar perceber em casa o que é que se passa através da nossa Directora Técnica, perceber o que se passa em casa, se aconteceu alguma coisa, se teve a visita recente de alguém... isto parecendo que não altera muito o comportamento deles aqui, e eles muitas vezes nem se apercebem e é última impressão que eles ficam é aquela que trazem para o centro de dia, antes de sair de casa. O simples facto de haver trânsito para alguns, ficam exaltados, chegam chateados...para nós é fácil mas para eles tem uma dimensão brutal, portanto são coisas básicas mas são muito importantes mesmo. Pequenas coisas que para eles fazem toda a diferença.

8. Existe diferenciação dos programas nas diferentes patologias?

Sim, tentamos adequar. Nós gostaríamos de ter atendimentos individuais para cada um deles, e vamos tendo...de que forma? Vamos recebendo alguns estagiários aqui também e temos que supervisionar o trabalho dos estagiários, nós algumas vezes até pedimos a alguns estagiários sobre a nossa supervisão para fazerem um atendimento mais personalizado quando achamos que alguma coisa não está... ou seja, se temos alguma dúvida, alguma questão, se há perda cognitiva, se há perda motora, o que é que se passa ou o que é que não se passa, nós no terreno estamos sempre atentos, quando nós temos dúvidas ou estamos nós terapeutas aqui do centro de dia ou quando temos estágios, nós tentamos que eles sejam mais atentos a determinados pormenores de alguns utentes, que mais facilmente nos podem trazer informação porque é sempre um novo olhar, é um outro prisma e nesse sentido ajudas-nos bastante...é bom termos os estágios aqui porque nós também temos a nossa perspectiva da situação, a perspectiva do estagiário e muitas vezes a perspectiva da restante equipa técnica, portanto isto também nos dá uma outra visão sobre o problema.

(Os utentes recebem bem os estagiários?)

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

É feito uma integração gradual, mas de uma maneira geral como são novinhos, são quase como netos, pois muitos deles têm netos da idade dos nossos estagiários e é mesmo assim...quase que os adoptam como netos, apesar de eles andarem ali e tentarem ter uma postura muito formal...mas é muito engraçado e há alguns deles que ficam aborrecidos porque naquele dia o estagiário falou com o outro e não com ele...nós tentamos gerir estas questões, se fazem atendimento individual connosco terapeutas ou com os estagiários ou com outro tipo de técnicos, nós também temos que estar sempre a gerir...depois é assim quer a parte de integração do centro de dia quer a parte da saída é preparada, então a parte da saída é preparada durante muito tempo porque tem de ser, e é engraçado que muitos dos estagiários voltam cá para os visitar, é engraçado esta ligação emocional que se estabelece até depois da saída deles, o que eu penso que é muito importante porque é assim é uma validação também de que os sentimentos e as emoções são importantes ser trabalhadas e que não é chegar aqui e usufruir um bocadinho do centro de dia, dos utentes...não é ser só profissional é mesmo a outra parte emocional que é muito importante e isso é muito trabalhado. Nós temos que ter esta perspectiva sempre que é não estamos a trabalhar com robôs, estamos a trabalhar com uma população muito muito específica que tem as suas necessidades e que muitas vezes nós á primeira vista não estamos a perceber porque é que o comportamento está a ser daquela forma, mas com o continuar... e é muito interessante ver que há utentes que partilham muito mais depressa situações pessoais connosco do que propriamente com a família...depois também depende muito da relação que as pessoas têm com a família, mas muitas vezes procuram-nos para desabafar, para ajudar a tentar resolver um problema lá em casa, e nós vamos estando sempre atentos. Tentamos que seja assim, contudo não os substituímos...é muito importante porque eu sei que muitas delas, sobretudo as senhoras utilizam-nos muito para conseguir aquilo que querem lá em casa. Claro que nós já estamos atentos a essas situações, ou seja, ouvimos de um lado, vimos o comportamento, vamos analisando, falamos em equipa técnica das diferentes perspectivas dos diferentes técnicos, se for caso disso avança-se para a família se não for vamos tentando rever até que ponto é que a perspectiva da utente é uma perspectiva completamente ao lado do que se está a passar... É como lhe disse, as relações familiares são muito importantes, se no passado tiveram péssimas relações pessoais, familiares ou com elementos próximos, agora as coisas estão muito mais difíceis de trabalhar, contudo nós tentamos sempre arranjar aqui uma maneira de resolver...tentar passar para eles a responsabilidade sobre o comportamento, quando eles têm crítica obviamente. É importante fazer este contrabalanço porque muitos deles,

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

nós sabemos que eles procuram-nos porque querem desabafar, porque querem que nós tenhamos uma acção mais à frente e se nós tentarmos responsabilizá-los, ou melhor, dar-lhe estratégias para que eles consigam resolver algumas coisas lá em casa. Um exemplo prático: há coisas aqui em termos de AVD's em que as pessoas já não começam a ter, como a nível do cuidado pessoal e da higiene pessoal...nós nas sessões preparamos isto para ser trabalhado de uma forma que não seja melindroso para ninguém...são questões que têm a ver com a intimidade da pessoa, com a gestão do próprio ser, e é preciso trabalhar isto com muita cautela. Quando vimos que as pessoas já não têm capacidades para trabalharem elas próprias, se nós não vimos que no dia a seguir que há uma mudança ou de roupa ou de brincos ou de lenço, é porque isto não chegou lá, a mensagem não chegou lá...é muito interessante ver, mas se vimos que as coisas estão de dia para dia, se as senhoras sobretudo aparecem aqui de uma forma menos cuidada...também têm que se trabalhar outro lado, a família, porque às vezes as pessoas foram tão independentes na sua vida activa, foram professoras e nunca lhes ninguém chamou atenção porque não mudou a camisola no dia a seguir. Isto é mesmo assim, são questões melindrosas que têm de ser trabalhadas com muita cautela e de forma a realmente não ferir susceptibilidades quer da nossas utentes quer da parte da família. Nós estamos a dizer que ninguém toma banho, mas é assim se calhar é preciso estar mais atento, só isso. Até porque é assim, tem a ver com a imagem pessoal delas...mesmo quando vêm nem que seja com as unhas pintadas. Nós somos assim muito treinadas porque realmente temos que estar muito atentas à forma como ela veio naquele dia, à forma como veio hoje, se vem com o cabelo arranjado, se não vem com o cabelo arranjado, se vêm com um eyeliner de cor diferente, parecendo que não isto é tudo muito interessante, mas é um trabalho de terreno e diário. Eu nunca digo que não reparei, não é por mais nada é porque elas são capazes de levar a mal o fato de realmente eu não ter reparado e às vezes é impossível nós reparamos em todos os pormenores, mas um pequeno elogio...são pequenas coisas que nós dizemos...se nós tivermos atentos aos pormenores, eles ficam muito mais “alegres”...é preciso às vezes ter muita calma e sensibilidade, porque esta questão trabalhar-se também, é preciso ter calma para abordar determinados assuntos porque muitas vezes nós não somos muito felizes e porque temos de ter esta capacidade de conhecer também de que forma é que nós podemos abordar aquela questão para aquela senhora, para a outra senhora, porque cada uma é diferente.

9. Quais os constrangimentos que decorrem da sua intervenção com as pessoas com demência?

Temos que ver a questão da AVD's, da questão da higiene pessoal, da auto-estima, da questão de sermos capazes de abordar esses assuntos menos positivos de acordo com o utentes que temos à nossa frente. Nós não podemos trabalhar isso de uma forma "leviana", porque realmente as pessoas muitas vezes nem se apercebem que tão a vestir a mesma roupa durante duas semanas a fio...se calhar naquele dia até se apercebem porque nós até dizemos mas chegam a casa já não se lembram...portanto, são todas estas questões, mesmo tendo em conta a parte das emoções é preciso ter muita cautela, quando se trabalha com este tipo de população, em toda a população idosa é muito importante mas sobretudo nesta porque muitas vezes elas ficam algumas imagens pessoais, ficam com uma ideia e ficam aborrecidas e não sabem porque é que tão aborrecidas, é muito importante saber isto. A ultima impressão é sempre a melhor com este tipo de população. Eles têm que sair da sessão mesmo que não tenham conseguido acertar em nada, naquele dia não tenham conseguido ter um bom desempenho na actividade, mas têm que sair da sessão bem-dispostos, quanto mais não seja arranjarmos estratégias para que eles fiquem bem...bem em termos emocionais, porque muitas vezes eles saem das sessões frustrados, eles têm que sair das sessões, sair das actividades e das conversas e de todo o tipo de actividades, têm que sair de uma forma prazerosa porque senão ficam com aquela última imagem e então é difícil trabalhar a seguir, o técnico que vem a seguir para trabalhá-los não está a perceber porque é que eles estão assim tão aborrecidos.

10. Quais são as principais necessidades ocupacionais dos idosos com demência?

As principais necessidades para além de objectivos específicos que eu tenho vindo aqui a falar, tem a ver com o vazio emocional que eles apresentam. Porque muitas vezes as emoções e os sentimentos que são a base da vida, na minha perspectiva, estão um bocadinho adormecidos, ou seja, como não conseguem muitos deles ter um desempenho positivo em determinada conversa, se vier alguém que diga "não faz mal, hoje é um dia menos bom, amanhã vai ser um dia melhor"...se houver aquela questão de que nós estamos aqui, o suporte emocional está cá, se a senhora ou o senhor precisar nós estamos cá... só o existir esta necessidade colmatada, na minha perspectiva é meio caminho andado para um bom plano individual de intervenção.

Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência

Este vazio emocional tem a ver com a demência, porque ficam vazios de emoções, de imagens positivas...como vivem muito no aqui e no agora, muitas vezes esquecem-se da vida positiva que tiveram para trás, apesar de todos os problemas, mas essa parte positiva para trás, o facto de terem tido um percurso, de terem começado a trabalhar, tendo em contacto com pessoas, terem arranjado amigos, infelizmente alguns já partiram outros não, mas é muito importante vermos o aspecto, a vida que eles percorreram, o percurso de vida que eles tiveram...ok, não conseguiram, “tudo bem, hoje é um dia menos positivo, amanhã será um dia melhor”. Como eu disse, tem a ver com situações da própria demência, alguns deles ok tão aqui, “deixaram-me aqui ficar, mas quem é que me vem buscar”...ficam muito ansiosos, muito angustiados, e há que ter aqui um equilíbrio muito grande. Penso que há pessoas que tem medo de ficar cá institucionalizados, temem que a família que os deixe cá e nós não somos esse tipo de serviços, nós não funcionamos assim, mas aquele medo intrínseco também que existe de ficarem aqui a dormir, ou se ficarem cá institucionalizados porque como já viram isto passar por outras pessoas da vida deles, têm muito medo que isso lhes aconteça. Por isso é que eu falei da parte emocional que na minha perspectiva é preciso ser muito bem trabalhada. É assim nós não vamos fazer nada de mais, é o próprio...só o facto de estar ao lado deles a dizer “eu estou aqui, não vai ficar cá porque eu vou embora para casa e você também”, e é esta forma de dar a volta no final da tarde. Ao final da tarde efectivamente não é só o síndrome do sol, Sundowning, nota-se mesmo que eles ficam muito mais impacientes, então se eles virem o transporte para casa aqui à porta, é horrível. Para além de nós termos aqui um horário das actividades muito estruturado porque tem mesmo que ser assim, e ajuda-os a estruturar durante o dia, eles também depois do lanche têm outra actividade e só depois dessa actividade é que vão embora, mas mesmo assim é muito complicado.
